ONG
ALTERNATIVE SOCIALE
Pentru o comunitate mai sigură!

Cătălin Luca **Daniela Gîrleanu-Şoitu**

(coordonatori)

METODOLOGIE

de lucru în asistenţa psihosocială a persoanelor vârstnice

Iaşi
2011

Cătălin Luca Daniela-Tatiana Gîrleanu-Şoitu
(coordonatori)

METODOLOGIE

de lucru în asistența psihosocială a persoanelor vârstnice

Dana Pîrvu
Liliana Foca
Dumitru Pușcașu

Ana-Maria Grigorescu
Nicoleta Ungurianu

Milka-Nicoleta Rotaru
Raluca-Andreea Neculai
Maria Simona Minuț

Iași
2011

© Copyright 2011 by Asociația Alternative Sociale
Nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul scris
al Asociației Alternative Sociale

LISTA AUTORILOR

Dr. Cătălin Luca este psiholog specialist în psihologie clinică şi director executiv la Asociația Alternative Sociale.

conf. univ. dr. Daniela-Tatiana Gîrleanu-Şoitu predă cursuri de asistență socială a persoanelor vârstnice și consiliere la Facultatea de Filosofie şi Ştiințe Social - Politice a Universității „Alexandru Ioan Cuza" din Iași.

Dana Pîrvu este coordonator de proiecte în cadrul Asociației Alternative Sociale cu specializare în management social şi dezvoltare comunitară.

Drd. Liliana Foca este coordonator de proiecte şi psiholog în cadrul Asociației Alternative Sociale.

Nicoleta Ungurianu este asistent social în cadrul Asociației Alternative Sociale, cu specializare în managementul resurselor familiale.

Milka-Nicoleta Rotaru este psiholog în cadrul Asociației Alternative Sociale, cu specializare în Psihologie clinică și psihoterapie.

Raluca-Andreea Neculai este asistent social în cadrul Asociației Alternative Sociale, cu specializare în managementul resurselor familiale.

dr. Ana-Maria Grigorescu este medic primar psihiatru la Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" Iași.

Dumitru Pușcașu este asisistent social si lucreaza ca senior practitioner in Serviciile Sociale pentru Adulti in Marea Britanie.

Maria Simona Minuț este asistent social în cadrul Congregației Fiicelor Sfintei Maria a Divinei Providențe cu specializare în managementul resurselor familiale.

CUPRINS

INTRODUCERE (7)

CAP.I ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE (9)
I.1. Teorii în asistența socială a persoanelor vârstnice
(Daniela-Tatiana Gîrleanu-Şoitu) **(9)**
I.2. Perspective în lucrul cu persoane vârstnice
(Daniela-Tatiana Gîrleanu-Şoitu) **(14)**
I.3. Management de caz în asistența persoanelor vârstnice (Dana Pîrvu) **(24)**
I.4. Prezentare şi instrumentare caz (Nicoleta Ungurianu, Raluca-Andreea Neculai) **(39)**

CAP.II ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE (83)
II.1. Teorii psihologice (Milka-Nicoleta Rotaru, Dumitru Pușcașu) **(83)**
II.2. Considerații privind evaluarea psihologică (Milka-Nicoleta Rotaru) **(92)**
II.3. Teme de consiliere în asistența psihologică (Liliana Foca, Dumitru Pușcașu) **(96)**
II.4. Interviul motivațional (Liliana Foca) **(104)**
II.5. Instrumente de lucru în asistența psihologică (Milka-Nicoleta Rotaru) **(115)**

CAP.III DEPRESIA ŞI DEMENȚA – TULBURĂRI CU RISC RIDICAT DE APARIȚIE LA VÂRSTA A TREIA (Cătălin Luca, Ana-Maria Grigorescu) **(133)**
III.1. Tulburarea depresivă **(133)**
III.2. Demența **(138)**

CAP.IV CADRUL LEGISLATIV ÎN ASISTENȚA PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA (Dana Pîrvu) **(143)**
IV.1. Recomandări internaționale **(143)**
IV.2. Legislația românească **(144)**
IV.3. Competențe instituționale **(145)**

ANEXE (153)
1. Prezentarea căminului de bătrâni „Sfântul Iosif" **(155)**
Instrumente în asistența socială
2. Cerere de acordare servicii **(161)**
3. Fişa inițială a cazului **(162)**
4. Contract de asistență **(163)**
5. Ancheta socială **(171)**
6. Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice **(164)**
7. Analiza câmpului de forțe **(185)**
8. Matricea ciclului de viață **(186)**
9. Plan individualizat de îngrijire şi asistență **(187)**
10. Programul şi orarul activităților desfăşurate la domiciliul beneficiarului **(188)**

11. Fişă de evidenţă a administrării medicaţiei **(189)**
12. Program individualizat de recuperare **(190)**
13. Program de integrare socială **(191)**
14. Raport de întrevedere/convorbire telefonică **(192)**
15. Proces verbal de donaţie **(193)**
16. Decizie de sistare a serviciilor **(194)**
17. Fişă de închidere a cazului **(195)**
18. Fişă de monitorizare **(196)**

Instrumente în asistenţa psihologică

19. Contract de asistenţă psihologică **(197)**
20. Raport de evaluare psihologică **(199)**
21. Raport de întrevedere pentru consiliere psihologică **(201)**
22. Fişă individuală de consiliere **(202)**

INTRODUCERE

Lucrarea de față este rezultatul experienței practice de asistență a peste 500 de persoane vârstnice aflate în dificultate din orașul și județul Iași, asistență realizată de specialiștii Alternative Sociale în colaborare cu instituțiile publice și alte organisme private autorizate din comunitate.

Deoarece în perioada implementării proiectelor pentru asistența persoanelor de vârsta a treia literatura românească de specialitate în acest domeniu era relativ puțină am decis împreună cu echipa de implementare a proiectului să elaborăm un ghid care să prezinte teoriile care stau la baza intervenției, legislația și instrumentele de lucru specifice acestui tip de asistență.

Această metodologie a fost construită după structura unei „truse de unelte pentru intervenția psihosocială"[1] , adică conține „ustensilele" necesare psihologului, asistentului social, juristului și altor persoane cu atribuții în asistența persoanei vârstnice aflată în dificultate, să intervină pentru a o sprijini pe aceasta să traverseze, sau să depășească momentele de viață defavorabile, problemele socioeconomice, problemele legate de sănătate, singurătate, lipsă de suport social etc. Mai precis, în funcție de cazul pe care îl instrumentează specialistul să poată lua din această lucrare teoria, metoda, formularul etc. și să-l aplice situației astfel încât să „repare" problema cu care clientul vârstnic asistat se confruntă.

Primul capitol al lucrării este dedicat asistenței sociale a persoanelor vârstnice. În deschiderea acestuia sunt prezentate teorii care evidențiază schimbările apărute la nivelurile mediului de viață, rolurilor, interacțiunii cu ceilalți etc. Capitolul continuă cu prezentarea unor aspecte a managementului de caz în asistența persoanelor vârstnice: tipuri de servicii de care persoanele vârstnice pot beneficia conform legislației românești; nivelurile, funcțiile, etapele și instrumentele specifice managementului de caz și aspecte privind implicarea voluntarilor. Pentru a da eficacitate demersului teoretic, capitolul se încheie cu prezentarea și instrumentarea unui caz folosind instrumentele de lucru specifice asistenței sociale prezentate în interiorul capitolului.

Asistența psihologică a persoanelor vârstnice este al doilea capitol al lucrării și se ocupă de îmbătrânire ca proces ce are loc la nivel psihologic ca urmare a modificărilor calitative a structurilor personalității și a funcțiilor cerebrale aflate la baza vieții psihice. În deschiderea capitolului sunt prezentate teorii psihologice care stau la baza asistenței persoanelor vârstnice. Evaluarea psihologică cu secvențele acesteia (obiective, particularități și etape), descrisă concis și exemplificat în vederea sprijinirii psihologilor interesați să utilizeze acest instrument adaptat particularităților vârstei a treia. Capitolul continuă cu descrierea a patru teme de consiliere frecvent întâlnite în asistența persoanelor

[1]Conceptul aparține psihiatrului și psihologului Șerban Ionescu, profesor de psihopatologie la Universitatea Paris VIII(Vincennes-Saint-Denis), director al Centrului de cercetare „Traumatisme, Resilience, Psychotherapies" din cadrul aceleiași universități, profesor emerit al Universității Trois-Rivieres din Quebec și membru corespondent al Academiei de Științe Medicale din Romania.

vârstnice. Interviul motivațional, stadiile schimbării, reziliența și copingul religios, sunt abordări recente pe care am ales să le utilizăm în asistența bătrânilor aflați în dificultate. Asistența psihologică se încheie cu o prezentare exemplificată a instrumentelor de lucru în asistența psihologică.

Capitolul trei al lucrării descrie două tulburări cu risc ridicat de apariție la vârsta a treia, respectiv tulburarea depresivă și demența. Pe parcursul acestui capitol sunt prezentate succint: tablourile clinice ale acestor două tulburări; elemente de diagnostic diferențial; strategiile de identificare de către persoanele de îngrijire a depresiei/demenței la persoanele asistate cu scopul de a apela la consultul și tratamentul medicului psihiatru. Deoarece asistența vârstnicilor afectați de demență sau depresie creează stres și epuizare emoțională îngrijitorilor este expus un set de sugestii și recomandări pentru aceștia. Capitolul se încheie cu prezentarea a două chestionare de evaluare a depresiei și a gradului de afectare cognitivă.

Cadrul legislativ care stă la baza asistenței persoanelor de vârsta a treia este al patrulea capitol al metodologiei în care sunt prezentate principale documente relevante din legislația internațională și națională. Legislația internațională este rezumativ prezentată în descrierea a două documente internaționale: Planul Internațional de Acțiune al Organizației Națiunilor Unite privind Îmbătrânirea și Carta Socială Europeană. În continuarea capitolului sunt prezentate principalele acte normative românești din domeniul asistenței persoanelor de vârsta a treia cu enumerarea instituțiilor și atribuțiilor acestora.

În încheiere, mulțumim Fundației UniCredit pentru suportul financiar oferit în realizarea și tipărirea acestei lucrări în limbile română și engleză.

Cătălin Luca
Director Executiv

CAP.I. ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

I.1. TEORII ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

I.1.1. Introducere

Teoriile evidențiate în literatura de specialitate din domeniul gerontologiei sunt rezultate ale unor studii cu privire la modificările care se produc o dată cu pensionarea. Aceste schimbări sunt sesizate la nivelul rolurilor, al activității, continuității sau discontinuității activității, al interacțiunii cu ceilalți sau al separării de ei, al grupării în funcție de caracteristici specifice cohortei, al efectelor pe care stratificarea și economia socială le produc, la nivelul mediului de viață (Hooyman și Kiyak, 1996, 66-89).

Teoriile menționate pot ajuta asistenții sociali să înțeleagă contextele în care trăiesc și se manifestă persoanelor vârstnice, să identifice posibile motive și explicații pentru modul în care indivizii se adaptează la trecerea anilor (Miftode, 2004, pp.173-197).

Adesea, fiecare rol este asociat cu o vârstă anume sau cu un anumit stadiu al vieții. Premisa de la care se pornește este aceea că vârsta afectează nu doar expectanțele de rol, ci si maniera în care ceilalți așteaptă ca alții să exercite aceste roluri (Hooyman și Kiyak, 1996, p.67). Acceptarea schimbărilor tipice de rol, în perioada vârstei a treia, este dată de măsura în care fiecare se adaptează la procesul de îmbătrânire. Normele vârstei sunt presupoziții cu privire la capacitățile și limitele unui individ într-un anumit stadiu al dezvoltării sale. Normele pot fi exprimate formal, prin politici sociale și legi (ex.: stabilirea vârstei de pensionare și a posibilității de a continua activitatea economică după această etapă), dar pot opera și la nivel informal (prin opțiuni ale fiecărui individ, atunci când are de luat o decizie cu privire la angajarea unei persoane dintre candidați mai tineri și adulți de peste 50 de ani).

Dificultatea constă în faptul că astfel de norme dezvoltă stereotipuri de discriminare a bătrânilor, prin care se promovează ideea lipsei de productivitate și flexibilitate a persoanelor mai în vârstă. Apoi, în afara stereotipurilor celorlalți, fiecare individ deține, pentru sine, norme cu privire la potrivirea propriului comportament la acțiuni, în raport cu vârsta pe care o are: când să absolve o facultate, când să se căsătorească, când să aibă o familie, copii, când să se afirme în profesie și când să se pensioneze. Aceste expectanțe se stabilesc și la nivelul cohortei.

I.1.2. Teoria rolurilor

Se consideră că înaintarea în vârstă este mai legată de pierderea unor roluri decât de achiziționarea unora noi: rolul de soț/soție este pierdut prin decesul partenerului, rolul de persoană activă pe piața muncii se pierde o dată cu pensionarea. Deşi unii caută să revină la un rol avut anterior – prin recăsătorire sau prin identificarea unui alt loc de muncă – majoritatea persoanelor de vârsta a treia nu se înscriu în această tendință. O altă dimensiune este cea a pierderii din consistența rolurilor – ambiguitatea acestora se amplifică, pe fondul modificării expectanțelor și a solicitărilor. Astfel, unele roluri, cum este cel de mamă, de tată, își pierd din conținut.

Societatea noastră se află într-o oarecare confuzie în privința rolurilor persoanelor de vârsta a treia: pe de o parte acestea sunt asociate cu cele ale vârstei adulte – dinamism, activitate - pe de altă parte cu cele ale unor persoane marcate de neputință. În absența unor expectanțe clare de rol, a unor norme care să dimensioneze conformarea sau abaterea de la standarde, a unor modele, persoanele de vârsta a treia nu se simt încurajate să realizeze noi roluri sau nu le găsesc adecvate lor.

Discontinuitatea dintre solicitările de la locul de muncă anterior şi cele apărute după pensionare poate spori dilemele cărora persoana de vârsta a treia este invitată să le facă față. Cu privire la acest aspect există controverse în literatura de specialitate, susținându-se necesitatea pregătirii pentru pensionare, prin învățarea, spre exemplu, a înlocuirii solicitărilor de performanță de la locul de muncă cu unele adaptate petrecerii timpului după pensionare. De o parte a susținătorilor acestei teorii se situează cei care consideră că vârsta a treia nu este doar o perioadă a pierderii rolurilor, ci şi una a acumulării unora noi: de bunic, etc. Astfel, rolul „persoanei dependente” nu devine inevitabil, o dată cu înaintarea în vârstă.

Păstrarea rolurilor bazate pe autonomie, cât mai mult timp, devine o modalitate de intervenție, în acest context.

I.1.3. Teoria activității

Principala idee susținută de **teoria activității** (Havighurts, 1968, pp.20-23) evidențiază importanța acesteia după pensionare: cu cât persoana este mai activă, cu atât va fi mai satisfăcută şi mai adaptată la viața socială.

Teoria activității vorbește puțin despre ce se întâmplă cu oamenii atunci când nu reuşesc să mențină standardele vieții adulte. Eşuând în conştientizarea dimensiunilor personalității, teoria nu explică de ce unele persoane în vârstă sunt pasive şi fericite, în timp ce altele sunt foarte active, dar nefericite.

O altă limită a teoriei activității este presupoziția că oamenii doresc să continue aceleaşi modele comportamentale, aceleaşi activități. Mulți bătrâni care au fost activi pe parcursul vârstei mijlocii pot să nu mai dorească să mențină acel nivel al implicării chiar, în fapt, pot opta pentru reducerea implicării lor sociale.

Unele persoane în vârstă, adesea în pragul pensionării, vor să aibă timp în care „să nu facă nimic", să fie solitari. S-ar putea concluziona că dorința persoanelor în vârstă de a fi active depinde de experiențele de-a lungul vieții, de personalitate și de nevoi.

În studiul autorului Havighurst (1968) se conștientizează importanța personalității în prevederea asocierii dintre nivelul de activitate și satisfacția existențială. Astfel, persoanele care sunt active, independente și orientate spre împlinire, dincolo de cadrele informale, la vârsta adultă pot fi, probabil, satisfăcute dacă vor realiza aceasta și la vârsta a treia, în timp ce acelea care s-au obișnuit să fie pasive, dependente și orientate spre aspectele domestice, pot dori să continue acest stil și mai târziu.

I.1.4. Teoria dezangajării

Teoria dezangajării este considerată prima abordare comprehensivă, multidisciplinară și explicită lansată de comportamentaliști în gerontologie.

Conform lui Cumming și Henry (1961), procesul prin care oamenii în vârstă descresc nivelele de activitate, prin care caută roluri mai pasive, interacționează mai rar cu alții și devin din ce mai preocupați de viața lor interioară este văzut ca unul normal, inevitabil și satisfăcător la nivel personal, putând marca începutul unei revizuiri a vieții.

În acord cu această teorie, persoanele în vârstă, pierzând unele roluri și o parte din energie, vor să fie eliberate de expectanțele sociale de productivitate și competitivitate. Dezangajarea este văzută, astfel, ca un comportament adaptativ, care ajută persoana în vârstă să își păstreze încrederea și liniștea, chiar dacă realizează roluri sociale periferice. Pentru bărbați, procesul dezangajării pare a fi abrupt, din momentul în care își încheie rolurile profesionale. Pentru femei, dimpotrivă, tranziția de la ceea ce reprezintă adesea rolul lor ca părinți este graduală și mai moderată.

Dezangajarea nu este văzută doar ca fiind utilă și funcțională individului, dar și societății. Fiecare societate are nevoie de modalități ordonate de transmitere a puterii de la generațiile în vârstă către tineri. Politicile de pensionare, spre exemplu, sunt considerate o modalitate prin care tinerii se pot implica în noi roluri ocupaționale. Din moment ce persoanele în vârstă se retrag din curentul principal de dezvoltare al societății, moartea lor nu reprezintă un pericol pentru funcționarea normală a societății. Astfel, teoria dezangajării susține că serviciile sociale nu ar trebui să urmărească revitalizarea bătrânilor, ci, dimpotrivă, să încurajeze retragerea lor.

Această teorie a fost aspru criticată pentru susținerea ideii că dezangajarea sau retragerea ar fi inevitabilă, funcțională și universală.

Dezangajarea se poate manifesta diferit și la același individ: se poate retrage din viața socială – nu mai frecventează evenimentele sociale, dar rămâne activ

din punct de vedere psihologic – citește și participă la discuții pe teme de actualitate.

Retragerea persoanelor în vârstă poate fi privită nu doar ca o preferință individuală, ci ca un eșec al societății în oferirea de noi modalități de continuare a implicării.

Cumming a reformulat teoria (1963) luând în considerare relația dintre personalitate și dezangajare. Prin această reformulare se postulează că nu toate persoanele se retrag, comportamentul de adaptare la vârsta a treia fiind foarte diferit. Teoria distinge două moduri de interacțiune: influențarea și selectarea. Influențatorii sunt definiți ca asertivi și activi în interacțiunile lor, în timp ce selectivii sunt mai pasivi și reținuți în relațiile pe care le dezvoltă, așteptând de la alții să confirme aserțiuni preexistente despre ei. Ambele stiluri, atât cel asertiv cât și cel pasiv, sunt văzute ca modalități preferate de persoanele în vârstă de a se proteja de mesajele sociale contradictorii sau negative, păstrând astfel prețuirea de sine. Același autor (1975) menționează că interpretarea greșită a dezangajării ca izolare, singurătate și pasivitate scapă din vedere modalitățile prin care un comportament neangajant poate fi adaptativ.

I.1.5. Teoria continuității

O altă teorie cunoscută și îndelung dezbătută este cea a continuității. Conform acestei teorii, persoanele în vârstă substituie rolurile pierdute cu unele similare, continuând să mențină modalități tipice de adaptare la mediu, asigurându-și astfel echilibrul interior. Se pornește de la premisa că fiecare individ, indiferent de vârstă, are o personalitate și un stil de viață diferite de ale celorlalți, că personalitatea joacă un rol major în adaptare la procesul de îmbătrânire. Astfel se justifică diversitatea modelelor de îmbătrânire, dacă se ia în considerare probabila continuitate a stilurilor anterioare individualizate.

Persoanele care au fost întotdeauna pasive sau retrase este prea puțin probabil să devină active după pensionare. Pe de altă parte, celor care au fost întotdeauna active, asertive și implicate social nu le va plăcea, susține această teorie, să își petreacă vârsta a treia stând în casă.

Această teorie statuează, în fapt, că, pe măsură ce trec anii, fiecare individ devine mai asemănător cu ceea ce a fost în tinerețe. Caracteristicile centrale ale personalității devin mai pronunțate, iar sistemul axiologic mai proeminent. Un individ îmbătrânește cu succes dacă menține o personalitate matură, integrată pe toată perioada vieții, aceasta fiind condiția satisfacției în viață.

Continuarea activității, a implicării, va contribui la menținerea stimei de sine, la întreținerea satisfacției existențiale.

Este criticată, cu privire la această teorie, considerarea primelor stadii de dezvoltare ca indiciu al mulțumirii în procesul de îmbătrânire și ideea menținerii unor modele comportamentale pe parcursul vieții. Se consideră că modul de

viață, la vârsta a treia, este rodul unor experiențe şi nu o continuare, o reflectare a modelelor de viață utilizate pe parcursul anilor.

Nevoia de continuitate poate reduce stima de sine la o vârstă în care puterea fizică şi resursele financiare limitate pot solicita modificări în stilul de viață. Continuarea aceloraşi activități poate fi considerată, chiar, neadaptativă.

Această nevoie de continuare poate interfera cu dorința persoanelor de a renunța la activități, roluri, comportamente neplăcute. Cercetările arată că eliberarea individuală de unele roluri formale poate avea efecte benefice. Spre exemplu, multe dintre femei adoptă trăsături masculinizante pe măsură ce îmbătrânesc, în timp ce bărbații au tendința să se feminizeze (Sinnott, 1977, pp. 459 - 463). În acelaşi articol, autorul subliniază că sunt mai satisfăcute persoanele în vârstă care nu se conformează în mod rigid rolurilor de gen tradiționale, ci, dimpotrivă, au integrate trăsături culturale definite ca masculine alături de altele considerate feminine.

Complexitatea teoriei continuității face dificilă testarea empirică, din moment ce reacția fiecărui individ la îmbătrânire este explicată prin interrelațiile dintre schimbările psihologice şi cele sociologice, prin continuarea modelelor permanentizate etc. Este criticată modalitatea de susținere a teoriei: pornește în analiză de la individ, continuă prin luarea în considerare a factorilor sociali externi în modificările intervenite pe parcursul vieții, toate acestea susținând o politică îngăduitoare sau o abordare de tipul „trăiește şi lasă să trăiască" în rezolvarea problemelor individuale ale îmbătrânirii.

I.1.6. Teoria sistemelor

Fiind dezvoltată, în științele sociale, sub două forme – **teoria generală a sistemelor şi teoria sistemelor ecologice** – această abordare marchează comprehensiv interdependența dintre sociologia teoretică şi domeniile practice ale intervenției sociale.

Malcom Payne (1997) sublinia că această perspectivă este „unitară, integrată şi holistică", permițând analize ale persoanelor, grupurilor şi comunităților, „neevidențiind vreo metodă particulară de intervenție. În schimb, oferă câteva modalități de descriere a lucrurilor, la nivele diferite, astfel încât putem vedea fiecare intervenție ca afectând sistemul". De asemenea, permite utilizarea altor teorii şi strategii în explicarea şi programarea unor intervenții sociale, la nivelul subsistemelor componente. Persoana de vârsta a treia este în centrul atenției, fără a ignora însă instituțiile preocupate de protecția acesteia, politicile şi măsurile care guvernează la nivel central sau local.

Fiecare subsistem devine beneficiar şi agent, țintă a schimbării. Eventuale distorsiuni vor fi identificate nu doar la nivel sistemic, ci şi intersistemic.

Perspectiva sistemică va putea fi utilizată şi în analiza instituțională a unora dintre componentele sistemului public. Accentele cad asupra relațiilor, a modului de stabilire a acestora, a comunicării între persoanele de vârsta a treia, dintre

acestea și personalul angajat. Fiind o instituție guvernată de reguli, modalitatea de stabilire a relațiilor poate fi subordonată unor prevederi interne, care permite personalului să urmărească și să dețină controlul, în defavoarea analizării situațiilor așa cum sunt ele .

I.2. PERSPECTIVE ÎN LUCRUL CU PERSOANE VÂRSTNICE

I.2.1. Modelul împuternicirii și al reprezentării (*Empowerment*)

Împuternicirea sau conferirea de putere urmărește să ajute clienții să aibă putere de decizie și acțiune asupra propriei lor vieți, prin reducerea efectelor blocajelor personale sau sociale care îi împiedică în exercitarea puterii existente, prin îmbunătățirea încrederii în sine și a capacității de a utiliza puterea și prin transferarea puterii de la mediu către clienți.

Reprezentarea caută să susțină interesele clienților lipsiți de putere în fața indivizilor puternici și a structurilor sociale. Reprezentarea își are originea în domeniul legal. Aici, termenul este utilizat pentru a exprima acțiunea avocatului în fața judecătorilor și oriunde în reprezentarea clienților lor.

Ideologia împuternicirii politice caută adesea să plaseze indivizilor responsabilitatea împlinirii propriilor nevoi, cu scopul ascuns de a limita serviciile statului. În acest sens, Payne (1997) își exprimă îngrijorarea cu privire la implementarea împuternicirii în intervenția socială. Jack Raymond (1995) subliniază aspectul paradoxal al împuternicirii, deoarece indiferent dacă o putere este dată de către o organizație sau un individ, cei care o oferă sunt, prin natura rolului, într-o poziție de putere. Grupurile care se autoajută trebuie să preia puterea, în timp ce mandatul legislativ sau cel din partea managerilor de servicii este nesemnificativ. Nu va putea fi confundată împuternicirea cu "a face capabil" - ceea ce se referă la acțiunea intervenientului social în momentul în care ajută organizația să se dezvolte, să preia puterea.

La rândul său, Oliver (1996) argumentează că drepturile sociale și politice care decurg din rolul de cetățean ar trebui să formeze baza preluărilor de putere de către grupurile de persoane aflate în incapacitate. Un aspect important al acțiunilor întreprinse, în acest sens, îl reprezintă transformarea serviciilor în unele mai participative, care să conducă la împărțirea în comun a oportunităților și achizițiilor culturale, care să valorifice resursele „bătrânilor – tineri" și ale întregii comunități și în asigurarea unei protecții adecvate vârstnicilor.

Beresford și Croft (1993) utilizează conceptul empowerment în sensul facilitării exercitării puterii de către oameni, inclusiv prin controlarea propriei vieți. Aceasta ar înseamnă ca utilizatorii de servicii să aibă un cuvânt puternic de spus în instituții, agenții și situații care îi afectează. Ar însemna, de asemenea, să fie capabili să împărtășească puterea sau să exercite puterea asupra altor persoane, așa cum o resimt ei. Una dintre obiecțiile desprinse de aici este că puterea nu

poate fi dată, ci doar luată. Este mai uşor să-i învățăm pe ceilalți cum să dobândească puterea decât să încercăm să le-o oferim.

Puterea nu este o sumă zero, astfel încât, dacă eu voi avea mai mult, tu vei avea mai puțin. Este greşită credința că, împuternicind pe alții, se pierde automat din propria putere. Rolul împuternicirii este de a sprijini persoana şi rețeaua de intervenție prin dezvoltare socială şi comunitară. Poate fi utilizată în domeniul protecției persoanelor în vârstă prin oferirea accesului la informații, prin implicarea în procesele de luare a deciziilor şi prin luarea în considerare a perspectivelor clienților în acordarea serviciilor sociale.

Prin împuternicire, clienții sunt angajați într-un proces care modifică dependența în interdependență, cu sprijinul social al unei rețele colective (Payne, 1997, p.274).

În intervenția socială, puterea poate fi în mod legitim utilizată pentru a sprijini pe alții în practicile anti-asupritorii sau în mod ilegitim, pentru a-i asupri pe alții, dar de această dată printr-o practică greşit înțeleasă. Puterea este, de asemenea, şi un element în competiția vieții, în lupta pentru resurse, pentru locuri de muncă şi educație (Milner şi O'Byrne, 1998, p.61).

Lucrătorii sociali pot experimenta şi ei o lipsă a puterii, dar pericolul se manifestă atunci când puterea este utilizată pentru a exclude şi a marginaliza, pentru a crea dependență sau a accentua vulnerabilitatea. În munca cu persoane marginalizate, căutând să fie contrabalansate imaginea negativă de sine, experiențele de viață neplăcute, oportunitățile blocate şi necazurile fizice şi emoționale, se impune o abordare tridimensională - **modelul PCS** (Thompson, 1993), în care:

P – reprezintă elementele personale/psihologice, practica, prejudiciul;

C – aspectele culturale, comune, consens şi conformitate;

S – cuprinzând dimensiunile structurale, forțele sociale sau dimensiunile politice.

De menționat că aceste dimensiuni interacționează între ele, P fiind inclus în C, C fiind inclus în S.

Sunt dificil de operaționalizat strategiile împuternicirii. Cu toate acestea, metodele de intervenție bazate pe putere şi teoriile puterii se dovedesc utile în asistența socială. Intervenienții sociali nu sunt în postura de a oferi putere oamenilor, iar scopul lor de a ajuta reduce lipsa puterii pe care indivizii şi grupurile o experimentează.

Ghid şi principii pentru împuternicire şi implicare comunitară

Împuternicirea ne apare, aşadar, ca un proces care cuprinde:

- dezvoltarea propriilor puncte de vedere;
- formarea propriilor judecăți;
- negocierea cu ceilalți (Beresford şi Croft, 1993, pp.154-155).

Aceiaşi autori susțin că, pentru a realiza acest lucru, asistentul social are nevoie:

- să învețe să lucreze în echipă;

- să primească cu deschidere pe noii veniți, făcând posibilă implicarea lor, dincolo de bariere de orice fel;
- să înceapă cu introducerea perspectivei împuternicirii/abilitării în propria organizație, înainte de a realiza programe asemănătoare pentru alții;
- să se asigure că organizația din care face parte nu reflectă discriminări şi excluderi;
- să vorbească în nume propriu;
- să reziste presiunilor din afară provenite dintr-un proces de destabilizare și de minimalizare a puterii ori a posibilităților.

Putem vorbi de trei aspecte diferite ale împuternicirii:

- dezvoltarea cunoștințelor noastre, prin colectarea informațiilor de la experți, prin revenirea, apoi, la propriile cunoştințe, urmând crearea unora noi;
- împărtăşirea competențelor practice - oamenii implicați în acțiuni comune învață unii de la alții; lucrul în grupuri mici este apreciat, în acest sens;
- munca comună cu profesioniștii - nevoia de experți și profesioniști este importantă pentru a cunoaşte din competențelor lor, pentru a descoperi posibilitatea de a face lucrurile mai bine, pentru a susține implicarea în luarea deciziilor (Beresford și Croft, 1993, pp.141-143).

Un model al implicării distinge între servicii orientate spre:

- eficiență – scopul ar fi de îmbunătățire a serviciului, prin oferirea de informații și consultații;
- noi achiziții – când există preocuparea ca persoanele să obțină ceva prin aceste servicii: noi abilități, competențe și încredere;
- împuternicire sau oferire de posibilități – când acesta este obiectivul, persoanele participante decid singure agenda (O'Hagan, 1987, pp.2-5).

Dacă acest model este mai apropiat de o abordare democratică, atunci oferirea de informații și consultații poate fi văzută ca fiind mai apropiată de abordarea consumeristă.

Colectarea de informații și consultațiile, ca aspecte ale împuternicirii, sunt mai limitate în ceea ce privește implicarea oamenilor, deoarece:

- sunt abordări specifice organizației şi conforme cu scopurile ei;
- sunt controlate de asociație/organizație;
- se orientează, în primul rând, asupra nevoilor proprii, putând: să limiteze dorința oamenilor de a se implica; să oprească dezvoltarea opțiunilor lor; să inhibe exprimarea propriilor puncte de vedere.

Ideea de împuternicire este legată, de asemenea, de o a treia abordare :

- oferirea de informații – oferirea de inteligență;
- oferirea de sfaturi;
- implicare directă în luarea deciziilor.

Aici oamenii nu mai sunt chemați doar pentru punctele de vedere sau sfaturile lor, ci și pentru a se implica în decizii. Au puterea să decidă ce se va întâmpla cu ei, cu vecinii lor și cu serviciile pe care le utilizează. Aceasta este o abordare mai apropiată de cea democratică. Dacă cea consumeristă este adesea asociată cu căutarea de informații și exercițiile de consultare, abordarea democratică este mai apropiată de rostirea punctelor proprii de vedere ale vârstnicilor, lăsând persoanele să vorbească pentru ele și în numele lor.

Dimensiuni emergente în analiza implicării impun clarificarea aspectelor privind:

- cine participă;
- în ce proces;
- prin ce forme organizaționale;
- cu ce nivel al puterii.

Posibile puncte de plecare în construirea strategiilor de implicare a cetățenilor ar avea în vedere aspecte precum:

- monitorizarea costurilor și participarea la inițiativele care solicită implicare, pentru a vedea dacă acestea merită efortul și investițiile;
- recunoașterea tensiunilor dintre acordurile formale și informale de împuternicire;
- onestitate în privința oricărei probleme întâlnite;
- identificarea exemplelor de bune practici;
- începerea la nivel local, dar amplificarea acțiunilor la toate nivelele: regional, național și internațional;
- identificarea aliaților cheie și a celor care pot ajuta;
- susținerea schimbărilor la intervale precizate, împărtășind din experiență și altora;
- aprecierea realistă a obstacolelor.

Este greșit să așteptăm prea mult de la aceste abordări ale implicării cetățenilor, dar este de asemenea o greșeală să fie înlăturate. Participarea este complexă și subtilă. Acordurile informale și consultative ar oferi persoanelor în vârstă un rol mai accentuat în practică, în comparație cu metodele actuale. Aici pot fi identificate slăbiciunile, dar și punctele tari ale unei astfel de abordări, deoarece oferirea de informații și consultații poate susține clarificarea problemelor, poate sprijini dezbaterile publice, campaniile de informare, oferirea publicității și aducerea laolaltă a persoanelor pentru a decide un viitor în consens cu nevoile și așteptările lor.

Se pot sesiza două componente cheie ale **implicării eficiente** (Beresford și Croft, 1993, p. 51):

- oferirea accesului;
- oferirea unui sprijin material și personal în aceeași măsură.

Resursele și schimbarea personală stau la baza a patru elemente care fac posibilă implicarea :

- dezvoltare personală;
- abilitați practice;
- sprijin practic;
- sprijinirea persoanelor pentru a se aduna și a lucra în grup.

Strategia de împuternicire nu subliniază doar dimensiunea personală, deoarece punctul de pornire nu îl constituie doar lipsa abilităților, a încrederii sau a resurselor. Pe de altă parte, dacă oamenii nu sunt sprijiniți să participe, atunci nu vor reuși să utilizeze la maxim oportunitățile pe care le-ar avea. Acesta este un motiv pentru a face diferența între ceea ce spun oamenii în mod formal și ceea ce spun de fapt. Explică, de asemenea, cine face parte și cât de eficientă este implicarea fiecăruia. Oricare ar fi genul de implicare - de la adunarea informațiilor la rostirea directă a punctului de vedere, importantă devine din ce în ce mai mult pregătirea pentru realizarea de acțiuni. Sprijinirea și favorizarea accesului participării oamenilor sunt părți esențiale ale aceluiași proces de împuternicire. Ele reflectă aspectele politice și personale ale implicării fiecărui cetățean.

Problemele sociale, incluzând lipsa resurselor disponibile pentru cei săraci, costurile și inadecvarea acțiunilor de îngrijire a sănătății, criza structurilor comunitare de mediere au constituit probleme asociate cu nevoia amplificării împuternicirii în serviciile sociale. Serviciile sociale tradiționale au fost criticate pentru tendința lor de a se axa pe punctele slabe ale problemelor clienților, amplificând, astfel, dependența. În procesul de soluționare a problemelor, punctele forte și potențialul clienților pentru implicare activă sunt adesea neglijate.

Intervenția orientată spre împuternicire angajează persoanele vârstnice și familiile lor în:

- achiziționarea cunoștințelor și a abilităților de supraviețuire în ultima parte a vieții;
- autoajutorare și activități sociale de sprijin cu persoane având probleme similare;
- participarea în acțiuni colective/sociale destinate îmbunătățirii mediului de viață.

Această abordare înregistrează similitudini cu cea a lui Gutierrez (1991) care a definit împuternicirea ca procesul de creștere a puterii personale, interpersonale și politice, astfel încât indivizii să poată acționa pentru a-și îmbunătăți condițiile de viață. Conceptul de împuternicire a fost, de asemenea, utilizat ca un principiu care să ghideze practica socială și ca un rezultat, așa cum apare in viziunea lui Parsons (1991). Practica orientată spre împuternicire se sprijină puternic pe înțelegerea aspectelor problemelor personale, interpersonale și politice. În consecință, procesul de rezolvare a problemelor cuprinde, drept cheie a activității, un proces crescând de conștientizare.

Deoarece practica orientată spre împuternicire poate fi încorporată în toate metodele de intervenție, utilizarea grupurilor mici a fost considerată o metodă foarte eficientă (Cox, 1988). Gutierrez (1991) a rezumat rezultatele muncii mai

multor autori preocupați de schimbările psihologice importante in transferarea individului de la o stare de neputință la acțiune, prin:

- creşterea eficienței personale,
- dezvoltarea conştiinței de grup
- reducerea auto-blamării
- asumarea responsabilității personale pentru schimbare.

Grupurile mici oferă un context în care fiecare poate înțelege natura comună a problemelor participanților, poate învăța despre aspectele politice ale preocupărilor lor, astfel reducându-se autoînvinovățirea, care poate contribui la starea lor de neajutorare.

I.2.2. Intervenția centrată pe problemă

Această abordare este marcată de constructivismul social, orientându-se spre conştientizarea şi rezolvarea situațiilor dificile, exterioare individului. Fiind implicit comportamentală şi cognitivistă, această modalitate de intervenție se bazează şi pe cercetările din practica asistenței sociale.

După disertația lui William Reid la Universitatea din Chicago, din 1963, acestei abordări s-au adăugat lucrările echipei sale, dar şi scrierile de psihologie cognitivă a lui Goldman (1970) şi ideile lui Parad (1965) cu privire la intervenția în situații de criză. Parte dintre aceste puncte fundamentale ale intervenției focalizate pe problemă sunt:

- cel mai bun mod de a obține ceea ce doreşti este să treci la acțiune;
- acțiunea este ghidată de credințe despre lume şi sine; acestea reprezintă baza pentru un bun plan de acțiune;
- multe probleme psihosociale reflectă doar o întrerupere temporară a posibilității de a le face față;
- limitele impuse de timp motivează utilizatorii de servicii;
- o experiență pozitivă de soluționare a problemelor amplifică abilitatea de a face față dificultăților care urmează;
- dificultățile sunt, cele mai multe, normale; ele devin probleme doar când încep să se tot repete, astfel încât persoana în cauză se blochează;
- suntem ceea ce facem, iar trăirile pornesc din comportamente;
- trăirile/sentimentele reprezintă ceea ce credem în legătură cu ceea ce ne dorim.

Problemele sunt definite de Reid ca fiind dorințe neîntâlnite sau nesatisfăcute ale utilizatorului de servicii. Percepțiile pot fi neclare, dar mai important este că o dorință neîntâlnită este adesea atribuită potențialului utilizator de servicii de către altcineva. Spre exemplu, persoana A poate spune: „partenerul meu B are probleme cu băutura – el trebuie să-şi controleze această problemă." Aceasta este o atribuire a persoanei A (referentul) către persoana B. Căutând ajutor pentru B, deci dorința/problema lui A este „Am o problemă cu partenerul meu alcoolic." Aceasta este singura problema conştientizată într-o oarecare măsură.

B nu a conştientizat nici o dorință. El nu este un „aplicant", dar este principalul utilizator de serviciu.

Mulți oameni cu care lucrăm sunt mai mult „de referință" decât aplicanți. Sunt persoanele refractare care consideră că nu au dorințe neîmplinite pentru care să ne solicite ajutorul. În aceste situații, munca centrată pe sarcină nu face pași înainte decât dacă sau până când vârstnicul în cauză va dori să conştientizeze acele dorințe. Cum se va putea face aceasta ? Persoanele refractare la care se face trimitere pot fi angajate în explorarea modului în care îi văd ceilalți ca fiind probleme sau ca având probleme, cum îi afectează situația, dacă există ceva care ar dori să schimbe, dacă există ceva care pot face şi care îi va elibera de interferențele din viața lor. Când ei conştientizează că ar vrea astfel de lucruri, devin „aplicanți".

Aşadar, o primă etapă în intervenția centrată pe problemă este identificarea unei dorințe posibile a persoanei vârstnice, prin întrebări de genul : „Este ceva ce ai vrea să schimbi?", „Vrei ajutorul meu în atingerea scopului pe care ți l-ai propus?". Unele persoane consideră că au doar eşecuri, astfel încât nici un ajutor primit nu ar putea schimba ceva. Ele ar putea să ia în considerare întrebarea „Dacă ar fi disponibil un ajutor eficient, ce ai dori să ofere?" şi „Dintre problemele pe care le sesizezi există una care să te afecteze?"

Această abordare nu ia nimic de-a gata şi solicită cele mai de bază şi evidente întrebări, respectând starea potențialului utilizator de servicii; este de dorit să înceapă de unde persoana vârstnică nu mai vede viața într-un mod defavorabil.

Epstein (1988) descrie această fază ca fiind de început în care asistentul social stabileşte dacă există dorințe conştientizate în mintea celor care ar trebui ajutați.

Următorul pas se centrează pe evaluarea specificității şi a posibilității de împlinire a dorințelor identificate, în cel mai scurt timp. Considerentul muncii limitate în timp este văzut ca fiind crucial pentru motivație şi potrivit cu solicitările curente asupra evaluării.

Mulți potențiali utilizatori de servicii vor avea mai mult de o dorință; acestea sunt selectate în ordinea priorităților încă în stadiul evaluării şi, în general, nu se acceptă mai mult de trei.

O dată acceptate, aceste trei probleme devin baza scopurilor intervenției. Se stabileşte unde, când şi cu cine vor fi explorate aceste probleme şi care sunt consecințele comportamentelor. Problema trebuie înțeleasă de persoană, de alte persoane semnificative şi de asemenea, de contextul social.

Urmează o analiză mai detaliată, căutând răspunsuri la următoarele întrebări:

- Ce trebuie făcut sau schimbat?
- Ce constrângeri există?
- Ce sarcini îi vor fi solicitate utilizatorului de servicii şi/sau asistentului social, în principal utilizatorului de servicii, pentru a începe îmbunătățirea lucrurilor?

Spre exemplu, pentru două sau mai multe persoane vârstnice care se află într-o situație ce necesită rezolvare, se pot completa răspunsurile cuvenite relației cu fiecare:

Numele	Ce vreau de la ei?	Șansa mea de a obține?	Ce vor ei de la mine?	Șansa lor de a obține?
Soțul				
Soția				
Fiica				
Fiul				

Clarificarea din stadiul evaluării este o parte majoră a ajutorării. Nu uităm că scopul este de a-l ajuta sau de a-l orienta pe vârstnic spre acțiune. Utilizatorul de servicii devine principalul agent al schimbării în aceasta abordare, claritatea și acordul lui sunt vitale. Fiecare membru al familiei sau grupului poate fi invitat să participe, având ocazia de a provoca/schimba concepțiile greșite cu privire la expectanțele fiecăruia în grup. În cazul unui grup, asemenea schimbări pot fi informații valoroase cu privire la potențialul acestuia de a face față problemelor.

Pentru aceasta, scopurile formulate trebuie să fie clare, iar asistentul social să utilizeze strategii de abilitare/împuternicire a membrilor grupului.

Intervenția orientată spre problemă este eficientă, în general, în 8 situații – consideră Reid (1978):

1. Conflicte interpersonale – în familie, la locul de muncă;
2. Insatisfacții în relațiile sociale;
3. Probleme în relațiile cu organizații formale;
4. Dificultăți în realizarea rolurilor – de partener, de părinte;
5. Probleme de tranziție socială – mutarea de la o situație la alta, de la un rol la altul;
6. Stres emoțional reactiv – văduvie, boală;
7. Probleme în asigurarea resurselor materiale adecvate;
8. Probleme comportamentale.

Este importantă interconexiunea problemelor, de ex.: alcoolismul, cu absența unei locuințe adecvate și cu lipsa banilor. Asistentul social, împreună cu „aplicantul" trebuie să decidă care este prima dintre ele.

O altă modalitate de intercondiționare poate proveni din problemele a doi oameni – doi soți în vârstă – pentru care problema este menținerea unui lucru. Trebuie analizate cauza problemei și elementele care contribuie la menținerea ei.

Se propune o scalare a problemelor, prin opt dimensiuni de identificare şi explorare:

	Probleme inexistente	Probleme existente într-o foarte mică măsură	Probleme existente într-o măsură medie	Probleme existente într-o mare măsură	Probleme serioase
Interpersonal					
Relații sociale					
Organizații formale					
Roluri					
Decizii					
Stres emoțional					
Resurse					
Altele					

În evaluarea centrată pe problemă pot interveni **obstacole** dinspre:

- Sistemul social – familia, familia extinsă, comunitatea, rețelele formale sau informale, societatea în ansamblu; rezultă că problema este în afara individului;
- Credințe sau constructe – despre lume, viață, sine şi problemă; credințele pot fi factuale sau evaluative, iar acuratețea sau consistența lor este semnificativă;
- Emoții – care sunt translate în credințe cu privire la dorințe; spre exemplu: „Ceea ce vreau eu este pierdut sau de neobținut" = depresie; „Ce vreau eu este greșit" = vină. Mutarea sentimentelor la nivel cognitiv va facilita intervenția asupra lor. Spre exemplu, o persoană în vârstă care a fost abuzată poate fi ajutată să înțeleagă că nu a provocat ea comportamentul;
- Soluțiile așteptate – sau acțiunile realizate, ceea ce face lucrurile să meargă mai rău.

Trei tipuri de astfel de aşteptări pot fi obstacole:

- căutarea unor scopuri utopice sau țintirea prea sus;
- a încerca din greu să faci ceea ce poate fi spontan – să faci pe un copil vitreg să te iubească;
- căutarea schimbării atitudinilor când utilizatorul de servicii poate interveni în comportament sau a face pe cineva să vrea ceva ce nu-şi dorește.

Selectarea sarcinilor se realizează prin discutarea lor cu clientul, avându-se în vedere:

- Potențialul beneficiu din realizarea sarcinilor;
- Munca implicată în rezolvarea sarcinii;
- Orice obstacol care poate face dificilă o sarcină;
- Ce practică sau ghidare poate fi necesară;

- Planul cuprinzător pentru rezolvarea sarcinii;
- Cum şi când va fi simțit un progres.

Opțiuni disponibile în selectarea sarcinilor:

- Sarcini exploratorii – se examinează problema sau se provoacă credințele factuale;
- Sarcinile de intervenție – sunt realizate pentru a schimba sau orienta ceva către soluționarea dificultății sau întâlnirea dorințelor;
- Sarcinile pot fi simple sau complexe;
- Sarcini singulare – făcute de o singură persoană - sau sarcini reciproce;
- Sarcini fizice sau mentale – se recomandă ca sarcinile mentale să fie translate spre fizic cât mai mult posibil – de ex. alcătuirea unei liste de observații;
- Sarcini de sporire/de adăugare/de creştere – începând cu paşi mici şi apoi crescând în dificultate;
- Sarcini pretinse – a pretinde că s-a schimbat ceva – a observa diferențele;
- Sarcini reversive – au rolul de a face tocmai inversul a ceea ce obişnuia să facă utilizatorul de servicii pentru rezolvarea problemei;
- Sarcini paradoxale – pot fi luate în considerare când celelalte au dat greş şi când pot fi precedate de o reformulare pozitivă a problemei.

Sarcinile trebuie revăzute – pas final, pentru că furnizează informații cu privire la problemă, dar şi la cât de utile au fost motivația şi capacitatea utilizatorului de servicii, timpul şi efortul solicitate.

În raport cu sarcinile de realizat, trebuie verificat dacă utilizatorul de servicii:

- le-a înțeles;
- îi este frică de una dintre ele;
- are priceperile necesare realizării lor;
- dacă are resursele necesare – bani, locuință etc.;
- are nevoie de reîntăriri, de încurajări;
- este influențat de atitudinea asistentului social.

Practica centrată pe sarcină poate fi orientată spre o perioadă mai scurtă sau mai îndelungată de timp, în maximum 6-12 sesiuni. Presupune implicarea imediată în acțiune, datorită timpului limitat.

Practica orientată spre sarcină este destinată îmbunătățirii deprinderilor participanților de rezolvare a problemelor, ceea ce va susține ideea că acel client, în sarcinile pe care şi le asumă, are elemente de decizie şi de autodirecționare.

Modelul acesta va putea împuternici clientul dacă el înțelege scopul sarcinilor şi modul în care acestea vor afecta problema țintă. Astfel, dacă direcția de acțiune este cea dorită, clientul va experimenta mai mult control în implementarea sarcinilor, reuşind, în final, să îşi dezvolte abilitățile independente de rezolvare a problemelor. Cu privire la executarea sarcinilor, menționăm că se pot prelua

individual sau pot fi gândite pentru o antrenare a mai multor persoane în rezolvarea problemelor, cu condiția reciprocității.

Un pas semnificativ constă în planificarea detaliilor şi învățarea abilităților necesare implementării. În acest scop, asistentul social va întreba vârstnicul:

- Cum vei realiza aceasta?
- Cine va face asta?
- De ce este nevoie ca această sarcină să fie atinsă cu succes?

Succesul acestei acțiuni depinde de implicarea în fazele anterioare ale procesului, clientul putând lucra singur sau cu ajutorul altora.

Etapele de revizuire se prevăd încă din perioada planificării, astfel că:

a) se evaluează progresul – ca măsură a schimbărilor realizate în relație cu acțiunile țintă şi cu abilitățile de rezolvare a problemelor – şi eşecul, printr-un răspuns empatic din partea asistentului social.
b) se revizuiesc schimbările intervenite în acțiunile țintă, ca o continuă explorare a problemelor - sub aspectele severității, frecvenței, impresiei clientului etc.

Întrebări utile:

- Ce schimbare s-a produs?
- Este satisfăcător nivelul schimbării?
- Cât de durabilă va fi schimbarea?
- Ce factori au concurat la schimbare?
- Care a fost tema care a contribuit în cea mai mare măsură la schimbare?
- Analiza schimbării sugerează o modificare continuării?

Dacă rezultatele acestor analize vor fi mulțumitoare, atunci va urma faza finală, dar dacă nu, se va avea în vedere o sarcină revizuită sau o alta, nouă.

I.3. MANAGEMENT DE CAZ ÎN ASISTENȚA PERSOANELOR VÂRSTNICE

I.3.1. Definiții şi observații

Managementul de caz are o importanță deosebită în asistența socială, indiferent de categoria de beneficiari, iar necesitatea acestuia crește odată cu complexitatea problemelor întâmpinate de client.

Managementul de caz este folosit pentru beneficiarii care se confruntă cu probleme complexe, ce trebuiesc abordate din mai multe perspective, necesitând intervenția unei echipe pluridisciplinare şi implicarea a diferite tipuri de resurse (materiale, umane, instituționale etc.). Persoanele vârstnice, prin natura dificultăților cu care se confruntă, reprezintă o astfel de categorie de beneficiari.

Majoritatea definițiilor date managementului de caz se referă la acesta ca fiind o metodă care, aplicată în domeniul asistenței sociale, implică:

- Evaluarea şi identificarea corectă a nevoilor şi problemelor clientului;

- Stabilirea unor obiective realiste pentru procesul de asistență;
- Luarea de decizii bazate pe analize cost-beneficiu în ceea ce privește tipurile de activități pentru atingerea scopului și obiectivelor planului de îngrijire stabilit;
- Identificarea, implicarea și coordonarea diverselor resurse (umane, materiale, instituționale) pe parcursul oferirii diferitelor tipuri de servicii;
- Empatie și oferirea de sprijin clientului pe parcursul procesului de asistență;
- Monitorizarea procesului de asistență din punct de vedere al efectelor și rezultatelor obținute pe parcursul implementării.

În sistemul național de asistență socială, nu există o definiție unanim acceptată a managementului de caz. Singurul act normativ care dă o astfel de definiție este Ordinul nr.288/2006 privind aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecției drepturilor copilului. Adaptând această definiție la protecția vârstnicilor, **managementul de caz** ar putea fi definit ca „metodă de coordonare a tuturor activităților de asistență socială și protecție specială desfășurate" în domeniul protecției vârstnicilor „de către profesioniști din diferite servicii sau instituții publice și private".

Legislația din România nu prevede standarde minime referitoare la managementul de caz pentru serviciile dedicate vârstnicilor. Totuși, Ordinul nr. 246/2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoane vârstnice, vorbește despre atribuțiile și implicarea managerului de caz, pe care îl definește[2] ca fiind un „lucrător, în cadrul unui serviciu social specializat, care elaborează, coordonează și monitorizează derularea planului individualizat de asistență și îngrijire, pentru unul sau mai mulți beneficiari".

În ceea ce privește modul de stabilire a managerului de caz și atribuțiile acestuia, standardele minime specifice de calitate aprobate prin Ordinul nr. 246/2006 precizează următoarele:

- Pentru acordarea unor servicii de calitate și asigurarea unui management eficient, furnizorii publici și privați de servicii de îngrijire la domiciliu organizează Unitatea de îngrijiri la domiciliu[3]. In funcție de aria teritorială și numărul de beneficiari, se pot organiza una sau mai multe Unități de îngrijiri. Fiecare dintre acestea este coordonată de un ma-

[2] Definiție preluată din Glosarul de termeni din Anexa 1 a Ordinului nr.246/2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice.

[3] Unitatea de îngrijire la domiciliu este definită în Glosarul de termeni din Anexa 1 a Ordinului nr. 246/2006 ca fiind un „cadru organizațional care asigură un pachet de servicii de îngrijire la domiciliu". Cu alte cuvinte, Unitatea de îngrijire la domiciliu reprezintă orice instituție cu sau fără personalitate juridică, ce oferă astfel de servicii (cămine pentru pensionari, organizații neguvernamentale, instituții publice sau private sau filiale și sedii ale acestora).

nager de program. Responsabilitatea asistenței acordate beneficiarilor revine managerilor de caz.

- Furnizorul desemnează, din cadrul personalului implicat în procesul de îngrijire, un manager de caz care răspunde de coordonarea și monitorizarea procesului de îngrijire, precum și de elaborarea și respectarea planurilor și programelor individualizate destinate unui număr de maxim 25 beneficiari; dacă unitatea are un număr total de beneficiari mai mic sau egal cu 25, activitatea managerului de caz poate fi realizată de managerul de program;
- Furnizorul, prin managerul de caz, întocmește și monitorizează aplicarea Planului individualizat de îngrijire și asistență care prevede serviciile asigurate beneficiarului, precum și personalul implicat în realizarea acestora; managerul de caz poate implica, în realizarea planului individualizat de îngrijire și asistență, mai mulți specialiști, în funcție de nevoile particulare ale fiecărui beneficiar.

I.3.2. Servicii de care persoanele vârstnice pot beneficia conform Legii nr. 17/2000

Tipuri de servicii

Pentru a beneficia de serviciile prevăzute de legislație, conform articolului 3 al Legii nr. 17/2000, persoana vârstnică trebuie să se încadreze în una din următoarele situații:

- să nu aibă familie sau să nu se afle în întreținerea unei sau unor persoane obligate la aceasta, potrivit dispozițiilor legale în vigoare;
- să nu aibă locuință și nici posibilitatea de a-și asigura condițiile de locuit pe baza resurselor proprii;
- să nu realizeze venituri proprii sau acestea să nu fie suficiente pentru asigurarea îngrijirii necesare;
- să nu se poată gospodări singură sau să necesite îngrijire specializată;
- să se afle în imposibilitatea de a-și asigura nevoile sociomedicale, datorită bolii ori stării fizice sau psihice.

Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice grupează serviciile comunitare de care bătrânii pot beneficia în servicii de asistare la domiciliu, servicii de consiliere și servicii comunitare asigurate persoanelor vârstnice în cămine. Oferirea acestor servicii se realizează cu consimțământul persoanelor vârstnice și conform standardelor minime de calitate aprobate prin Ordinul nr. 246/2006.

Conform art. 8, alin. 1, 2 și 3 ale Legii nr. 17/2000, **serviciile de asistare la domiciliu** sunt:

- Servicii sociale privind, în principal, îngrijirea persoanei, prevenirea marginalizării sociale și sprijinirea pentru reintegrarea socială, consiliere juridică și administrativă, sprijin pentru plata unor servicii și obligații

curente, îngrijirea locuinței și gospodăriei, ajutor pentru menaj, prepararea hranei;
- Servicii sociomedicale privind, în principal, ajutorul pentru realizarea igienei personale, readaptarea capacităților fizice și psihice, adaptarea locuinței la nevoile persoanei vârstnice și antrenarea la activități economice, sociale și culturale, precum și îngrijirea temporară în centre de zi, aziluri de noapte sau alte centre specializate;
- Servicii medicale sub forma consultațiilor și îngrijirilor medicale la domiciliu sau în instituții de sănătate, consultații și îngrijiri stomatologice, administrarea de medicamente, acordarea de materiale sanitare și de dispozitive medicale.

Parte din aceste servicii pot fi asigurate și de căminele pentru pensionari (chiar dacă îngrijirea la domiciliu a vârstnicilor nu este o activitate specifică acestor instituții), pe bază de convenții, la solicitarea organizațiilor neguvernamentale și cu sprijinul financiar al acestora.

Costurile pentru acordarea acestor servicii sunt acoperite din bugetul local și/sau de către persoanele vârstnice, în funcție de nivelul veniturilor, tipurile de servicii și perioada de timp pentru care acestea sunt acordate. Mai multe detalii referitoare la costurile pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pot fi găsite în secțiunea următoare.

Serviciile de consiliere sunt oferite de asistenți sociali pentru prevenirea marginalizării sociale și pentru sprijinirea reintegrării sociale.

De asemenea, persoanele vârstnice pot beneficia la cerere, gratuit, indiferent de nivelul veniturilor, de consiliere în vederea încheierii actelor juridice de vânzare-cumpărare, donație sau împrumuturi cu garanții imobiliare care au drept obiect bunurile mobile sau imobile ale persoanelor vârstnice respective.

Serviciile asigurate persoanelor vârstnice în cămine[4], conform art. 14, alin. 1, 2 și 3 ale Legii nr. 17/2000, sunt grupate în:
- Servicii sociale constând în: ajutor pentru menaj, consiliere juridică și administrativă, modalități de prevenire a marginalizării sociale și de reintegrare socială în raport cu capacitatea psihoafectivă;
- Servicii sociomedicale constând în: ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, asigurarea unor programe de ergoterapie, sprijin pentru realizarea igienei corporale;
- Servicii medicale constând în: consultații și tratamente la cabinetul medical, în instituții medicale de profil sau la patul persoanei, dacă aceasta este imobilizată, servicii de îngrijire-infirmerie, asigurarea medicamentelor, asigurarea cu dispozitive medicale, consultații și îngrijiri stomatologice.

[4] Anexa numărul 1, reprezentând un studiu de caz instituțional, oferă o descriere mai detaliată a serviciilor de îngrijire a persoanelor vârstnice în instituții de tip rezidențial.

Îngrijirea persoanelor vârstnice în cămine reprezintă o măsură de asistență socială și poate fi dispusă cu titlu de excepție pentru persoanele aflate în dificultate dar independente. Conform articolului 16, alin. 2 al Legii nr. 17/2000, accesul unei persoane vârstnice în cămin se face ținând cont de următoarele criterii de prioritate:

- necesită îngrijire medicală permanentă deosebită, care nu poate fi asigurată la domiciliu;
- nu se poate gospodări singură;
- este lipsită de susținători legali sau aceştia nu pot să își îndeplinească obligațiile datorită stării de sănătate sau situației economice și a sarcinilor familiale;
- nu are locuință proprie și nu realizează venituri proprii.

Căminele pot oferi unele servicii de îngrijire și la domiciliu, la solicitarea organizațiilor neguvernamentale, pe bază de convenții încheiate cu finanțatorul.

Contribuția persoanelor vârstnice la plata serviciilor

Persoanele vârstnice beneficiază de serviciile prevăzute de legislație în mod gratuit sau cu plata unei contribuții. În stabilirea contribuției, principalul factor luat în calcul este nivelul veniturilor vârstnicului respectiv, precum și tipurile de servicii de care persoana în cauză are nevoie (servicii de îngrijire la domiciliu, de consiliere sau de îngrijire în cămine).

În cazul **îngrijirii la domiciliu**, serviciile sociale şi sociomedicale oferite persoanelor vârstnice la domiciliu se asigură:

- Gratuit pentru persoanele vârstnice fără venituri sau cu venituri mai mici de 5 ori decât nivelul venitului net lunar luat în calcul la stabilirea ajutorului social pentru o persoană singură;
- Cu plata unei contribuții, stabilită în funcție de tipul serviciilor acordate și nivelul venitului persoanei vârstnice, fără a se depăși costul acestora pentru perioada în care se acordă serviciile.

Consiliul local sau furnizorul de servicii sociale stabileşte tipurile de servicii oferite unei persoane vârstnice precum şi costul acestora.

Serviciile medicale de îngrijire la domiciliu sunt acordate în baza reglementărilor legale privind asigurările sociale de sănătate[5].

Serviciile de consiliere se acordă gratuit, la cererea persoanei vârstnice, indiferent de nivelul veniturilor.

Contribuția persoanelor vârstnice **îngrijite în cămine** (sau a susținătorilor legali ai acestora) se plătește lunar și reprezintă echivalentul costului mediu lu-

[5] Asigurările sociale de sănătate sunt prevăzute de Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

nar de întreținere (CML[6]). Sunt scutiți de la plata CML vârstnicii fără venituri, costurile fiind acoperite de consiliile locale.

CML este stabilit anual de către consiliile locale sau județene şi nu include costurile salariilor personalului de îngrijire a căminelor şi costurile tratamentelor medicale.

CML datorat de o persoană vârstnică asistată în cămin se stabileşte în funcție de gradul de dependență a persoanei în cauză, de tipurile de servicii de care are nevoie etc. La momentul internării persoanei vârstnice în cămin, se încheie un angajament de plată (pe bază de acord scris sau hotărâre judecătorească) care prevede una din următoarele modalități de plată a CML:

- 60% se asigură din veniturile persoanei vârstnice, dar fără a depăşi nivelul acestor venituri şi 40% de către susținătorii legali dacă venitul lunar per membru de familie este mai mare de 600 lei;
- 100% de către susținătorii persoanei vârstnice, pe baza unui angajament de plată semnat în momentul internării persoanei vârstnice;
- 100% de către persoana vârstnică, dacă CML este mai mic decât 60% din valoarea veniturilor vârstnicului.

Cheltuielile pentru serviciile medicale oferite în cămine se asigură conform reglementărilor privind asigurările sociale de sănătate. Totuşi, cheltuielile care nu se decontează prin sistemul asigurărilor de sănătate sunt asigurate de căminul pentru persoane vârstnice.

I.3.3. Etapele intervenției în managementul de caz

Prezentarea etapelor managementului de caz cu instrumentele caracteristice fiecărei etape poate fi realizată schematic. O astfel de schematizare a fost realizată de Rothman (Rothman şi Thomas, 1994, p. 216). Figura 1 reprezintă o adaptare a acestei scheme la prevederile legislației româneşti.

[6] CML reprezintă costul mediu lunar de întreținere şi se aplică doar în situația în care persoana vârstnică este îngrijită într-un cămin.

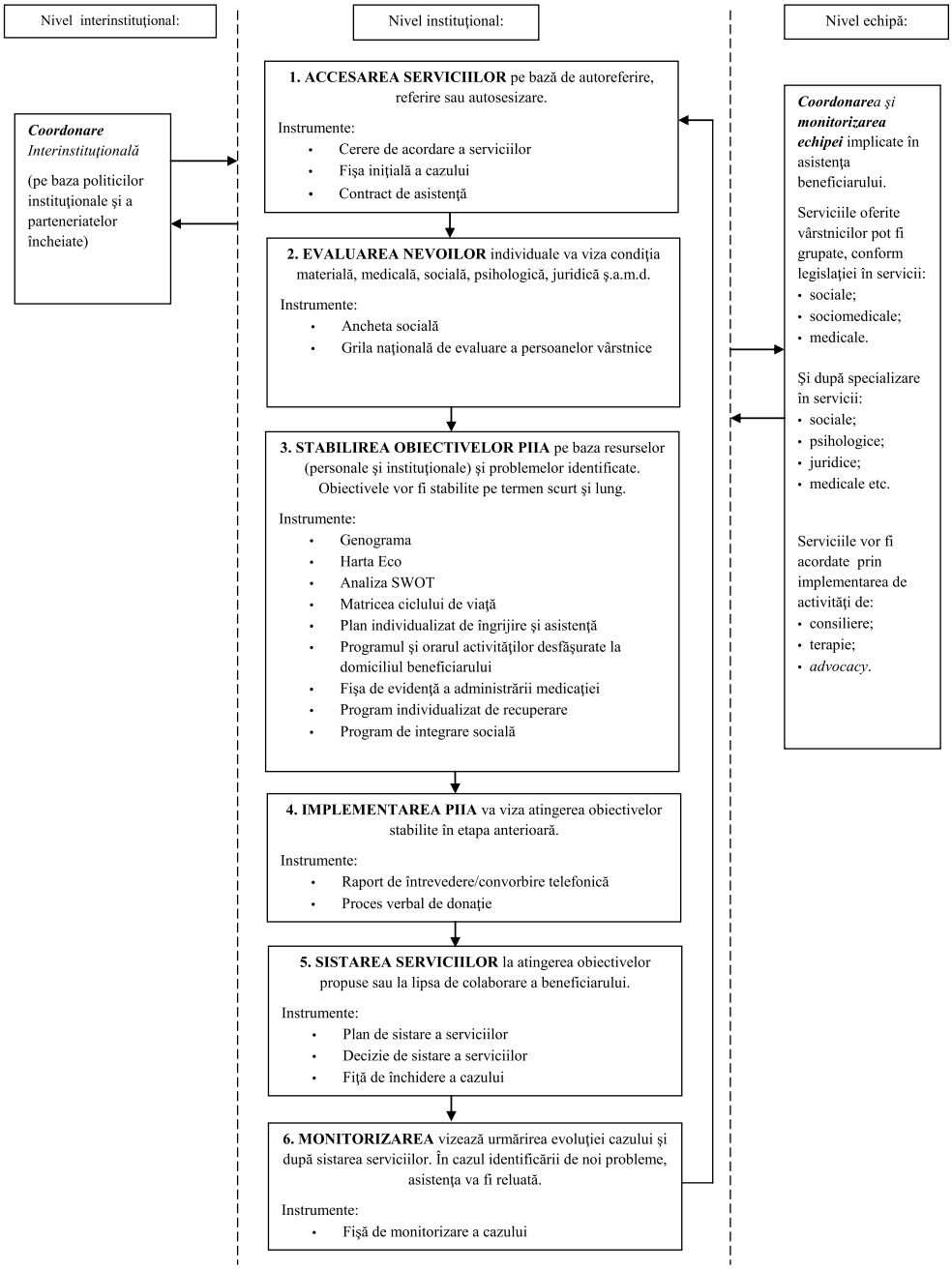

Nivel interinstituțional:
Nivel instituțional:
Nivel echipă:
Coordonare Interinstituțională
(pe baza politicilor instituționale și a parteneriatelor încheiate)
1. ACCESAREA SERVICIILOR pe bază de autoreferire, referire sau autosesizare.
Instrumente:
• Cerere de acordare a serviciilor
• Fișa inițială a cazului
• Contract de asistență
2. EVALUAREA NEVOILOR individuale va viza condiția materială, medicală, socială, psihologică, juridică ș.a.m.d.
Instrumente:
• Ancheta socială
• Grila națională de evaluare a persoanelor vârstnice
3. STABILIREA OBIECTIVELOR PIIA pe baza resurselor (personale și instituționale) și problemelor identificate. Obiectivele vor fi stabilite pe termen scurt și lung.
Instrumente:
• Genograma
• Harta Eco
• Analiza SWOT
• Matricea ciclului de viață
• Plan individualizat de îngrijire și asistență
• Programul și orarul activităților desfășurate la domiciliul beneficiarului
• Fișa de evidență a administrării medicației
• Program individualizat de recuperare
• Program de integrare socială
4. IMPLEMENTAREA PIIA va viza atingerea obiectivelor stabilite în etapa anterioară.
Instrumente:
• Raport de întrevedere/convorbire telefonică
• Proces verbal de donație
5. SISTAREA SERVICIILOR la atingerea obiectivelor propuse sau la lipsa de colaborare a beneficiarului.
Instrumente:
• Plan de sistare a serviciilor
• Decizie de sistare a serviciilor
• Fiță de închidere a cazului
6. MONITORIZAREA vizează urmărirea evoluției cazului și după sistarea serviciilor. În cazul identificării de noi probleme, asistența va fi reluată.
Instrumente:
• Fișă de monitorizare a cazului
Coordonarea și monitorizarea echipei implicate în asistența beneficiarului.
Serviciile oferite vârstnicilor pot fi grupate, conform legislației în servicii:
• sociale;
• sociomedicale;
• medicale.
Și după specializare în servicii:
• sociale;
• psihologice;
• juridice;
• medicale etc.
Serviciile vor fi acordate prin implementarea de activități de:
• consiliere;
• terapie;
• advocacy.

Fig.1 Nivelurile, funcțiile, etapele și instrumentele managementului de caz (adaptare realizată de Dana Pîrvu, 2011)

1. Identificarea şi admiterea beneficiarilor se realizează în principal pe bază de autoreferire directă a beneficiarilor sau referirea de către reprezentanții legali ai acestora sau rude. De asemenea, aceasta se poate realiza prin autosesizare, odată cu intervențiile în cazuri similare, sau prin referire din partea altor instituții precum: spitale, poliție, organizații neguvernamentale şi alte instituții sau persoane care intră în contact cu vârstnici aflați în risc.

Conform art. 27 al Legii nr.17/2000, „asistența socială se acordă la cererea persoanei vârstnice interesate, a reprezentantului legal al acesteia, a instanței judecătoreşti, a personalului de specialitate din cadrul consiliului local, a poliției, a organizației pensionarilor, a unităților de cult recunoscute în România, sau a organizațiilor neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistența socială a persoanelor vârstnice."

Această etapă constă în verificarea eligibilității persoanelor vârstnice care necesită asistență socială, pe baza criteriilor de selecție, a nevoilor şi a serviciilor oferite de către instituția de asistență socială, menționate în procedura specifică de admitere. Procedura de admitere se comunică serviciilor publice de asistență socială.

Pe baza informațiilor preliminare obținute de la beneficiar, se poate completa şi o **fişă inițială a cazului** (model în anexa 3) care va cuprinde datele de identificare ale solicitantului de servicii şi informații preliminare despre situația acestuia.

În cadrul acestei etape se semnează **contractul de asistență** (model în anexa 4) între instituția care oferă serviciile de îngrijire şi persoana vârstnică, reprezentantul legal sau susținătorii acesteia. În cazul în care persoana vârstnică nu are capacitatea de a-şi da consimțământul ca urmare a stării de sănătate, serviciile vor putea fi oferite şi cu acordul rudelor de gradul I sau a altor membri de familie. Contractul de asistență se întocmeşte în două exemplare (câte un exemplar pentru fiecare parte) şi va avea forma menționată de legislația în vigoare[7].

Tot în această etapă se creează şi dosarul beneficiarului care va cuprinde minim următoarele documente:

- **cererea tip** (model în anexa 2) de acordare a serviciilor de îngrijire la domiciliu;
- copia documentului de identitate a persoanei vârstnice şi, după caz, a reprezentantului legal;
- recomandare scrisă privind situația de dependență şi serviciile ce îi sunt necesare vârstnicului;
- contractul de servicii.

[7] Formatul contractului a fost aprobat prin Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale şi familiei nr.73 din 2005 privind aprobarea modelului Contractului pentru acordarea de servicii sociale, încheiat de furnizorii de servicii sociale, acreditați conform legii, cu beneficiarii de servicii sociale.

2. Evaluarea nevoilor se realizează conform art.4 al Legii nr. 17/2000 „prin **anchetă socială** (model în anexa 5) care se elaborează pe baza datelor cu privire la afecțiunile ce necesită îngrijire specială, capacitatea de a se gospodări și de a îndeplini cerințele firești ale vieții cotidiene, condițiile de locuit, precum și veniturile efective sau potențiale considerate minime pentru asigurarea satisfacerii nevoilor curente ale vieții". Art. 28, alin. 2 al aceleiași legi prevede faptul că „ancheta socială se realizează de un colectiv format din 2 asistenți sociali din cadrul consiliului local sau de la direcția de muncă, solidaritate socială și familie județeană sau a municipiului București. În situația persoanelor vârstnice dependente colectivul se va completa în mod obligatoriu cu medicul specialist al persoanei respective". Colectivul menționat anterior „poate fi completat și cu reprezentanți ai organizației pensionarilor, unităților de cult recunoscute în România sau ai altor organizații neguvernamentale care au ca obiect de activitate asistența socială a persoanelor vârstnice." (art. 28, alin. 3, Legea nr. 17/2000).

Conform standardelor minime de îngrijire la domiciliu, evaluarea poate fi realizată și de o singură persoană dacă vârstnicul a fost deja supus unei evaluări a serviciilor publice și este încadrat într-un anumit grad de dependență.

În cazul persoanelor vârstnice aflate în situația de pierdere totală sau parțială a autonomiei, nevoile acestora (care pot fi de natură medicală, sociomedicală, psihoafectivă) se stabilesc pe baza **grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice** (model în anexa 6), care prevede criteriile de încadrare în grade de dependență. Art.6 al Legii nr.17/2000 prevede că această grilă poate fi revizuită anual și, în mod obligatoriu, o dată la 3 ani. Acest instrument a fost adoptat la nivel național prin Hotărârea de Guvern nr. 886/2000.

De asemenea, pentru persoanele vârstnice care se internează în unități de asistență medico-sociale, se va utiliza **grila de evaluare medico-socială** (model în anexa 7), aprobată prin Ordinul Ministrului Muncii, Solidarității Sociale și Familiei nr. 180/2003.

Evaluarea persoanei vârstnice se realizează chiar dacă aceasta a fost deja supusă evaluării complexe a comisiilor de expertiză medicală pentru încadrarea într-un grad de handicap. Reevaluarea vârstnicului de către comisiile de expertiză se realizează periodic sau la cerere dacă autonomia persoanei s-a degradat.

Persoana responsabilă de realizarea evaluării întocmește o fișă de evaluare și de reevaluare care vor fi completate de către aceasta și de ceilalți membri ai colectivului de evaluare menționat anterior.

3. Întocmirea planului individualizat de îngrijire și asistență (PIIA) (model în anexa 10) se realizează pe baza analizei situației sociale, economice și medicale, prin ancheta socială. Astfel, se vor propune măsuri de asistență socială justificată de situația de fapt constată (art. 28, alin. 4, Legea nr. 17/2000). PIIA va fi întocmit de către managerul de caz ce va stabili de asemenea personalul și alte resurse necesare îndeplinirii acestuia. În stabilirea PIIA pot fi folosite, după caz,

și alte instrumente specifice asistenței sociale, cum ar fi: **genograma** (model în secțiunea I.4.7), **harta eco** (model în secțiunea I.4.8), **analiza câmpului de forțe** (model în anexa 8), **matricea ciclului de viață** (model în anexa 9) etc.

În cazul în care o serie de servicii sunt subcontractate de la alți furnizori, aceste servicii vor fi trecute în PIÎA, precum și detaliile referitoare la coordonarea activității de asistență între furnizori. PIÎA va fi revizuit semestrial și ori de câte ori este nevoie.

Managerul de caz va oferi persoanei vârstnice asistate sau reprezentantului legal al acesteia un exemplar al PIIA (atât la întocmire cât și la revizuirea lui) și explicațiile necesare, astfel încât informațiile incluse în PIIA să fie accesibile ca nivel de înțelegere beneficiarilor, în acest sens, se va întocmi în scris **programul și orarul activităților desfășurate la domiciliul beneficiarului** (model în anexa 11) care va fi semnat de managerul de caz și persoana vârstnică. Acest program va fi păstrat la dosarul personal al beneficiarului și va fi revizuit și modificat ori de câte ori este nevoie, dar numai cu acordul părților.

PIIA va cuprinde următoarele aspecte vizând situația persoanei vârstnice (conform standardelor minime de calitate):

- îngrijirea personală prin servicii de îngrijire la domiciliu pentru ajutor în desfășurarea activităților de bază ale vieții zilnice (ex. igiena corporală, îmbrăcare / dezbrăcare etc.);
- supravegherea și menținerea sănătății prin sprijinirea accesului la serviciile medicului de familie sau medicului specialist și colaborarea permanentă cu aceștia în vederea îndrumării și consilierii medicale, evaluării periodice a stării de sănătate, etc.; managerul de caz întocmește **fișa de evidență a administrării medicației**[8] (model în anexa 12) și în cazul în care persoana vârstnică decedează pe parcursul procesului de asistență, medicamentele beneficiarului vor fi păstrate până la stabilirea cauzelor morții;
- recuperarea abilităților de autoservire, îngrijire personală și autogospodărire pe baza unor activități specifice care vor fi trecute în **programul individualizat de recuperare (PIR)** (model în anexa 13); PIR se realizează în baza evaluării autonomiei funcționale a vârstnicului și ținând cont de recomandările specialiștilor și se revizuiește periodic; în vederea prevenirii instituționalizării vârstnicului, managerul de caz va sesiza familia sau autoritățile locale cu privire la necesitatea efectuării unor modificări ale locuinței;
- integrarea socială și participarea ce vizează sprijinirea beneficiarului în menținerea statutului de membru deplin și activ a comunității; în acest sens se va stabili un **program de integrare socială** (model în anexa 14), elaborat și revizuit periodic, ce va include următoarele tipuri de activități:

[8] Această fișă se completează atât pentru beneficiarii care își pot administra singuri medicația cât și pentru cei ce necesită asistență în acest sens.

- promovarea activităților de petrecere a timpului liber, evenimentele culturale sau orice inițiative comunitare publice;
- acompanierea beneficiarului sau facilitarea deplasării la evenimente sociale comunitare sau la instituții și servicii publice;
- **informare și consiliere referitoare la utilizarea serviciilor din comunitate;**
- promovarea activităților menite să încurajeze dezvoltarea relațiilor cu membrii familiei și ai comunității;
- facilitarea comunicării (ex. servicii de telefonie cu regim special) etc.

Toate programele și planurile subordonate PIIA vor fi elaborate și implementate numai cu participarea activă a beneficiarului, familiei acestuia sau, după caz, a reprezentantului legal.

4. Implementarea programului individualizat de îngrijire și asistență reprezintă etapa în care vârstnicul primește efectiv serviciile de îngrijire, conform planificărilor realizate în etapa precedentă și menționate în PIIA și în programele și planurile subordonate acestuia.

În funcție de serviciile oferite, furnizorul este responsabil de acordarea resurselor necesare implementării PIIA: personal, materiale, echipamente etc.

Managerul de caz va monitoriza modul de implementare al PIIA și activitatea personalului implicat în proiect. Pentru eficientizarea procesului de monitorizare, este recomandată întocmirea unui **raport de întrevedere/convorbire telefonică** (model în anexa 15) după fiecare întrevedere/convorbire telefonică a oricărui membru din echipa de personal care lucrează pe caz. Acest lucru va permite identificarea rapidă a eventualelor schimbări în situația vârstnicului, precum și cauzele acestora.

În cazul serviciilor ce includ și oferirea de sprijin material, vor fi întocmite și **procese verbale de donație** (model în anexa 16) care vor ajuta managerul de caz să monitorizeze valoarea totală și frecvența acordării acestui tip de sprijin.

Pe parcursul implementării PIIA, în vederea asigurării protecției beneficiarilor împotriva abuzurilor și neglijării, furnizorul va păstra un registru privind protecția beneficiarului împotriva abuzurilor, în care personalul responsabil va consemna situațiile speciale sesizate și măsurile luate.

De asemenea, orice incident deosebit[9] va fi înregistrat și, în funcție de natura incidentului, factorii interesați vor fi informați în scris în maxim 24 de ore.

Pe parcursul procesului de asistență, persoanele vârstnice au dreptul de a face sesizări și reclamații. Pentru soluționarea acestora, furnizorul își va crea propria procedură și va desemna personalul necesar. Reclamațiile vor fi monitorizat pentru a putea identifica principalele cauze de nemulțumire și pentru a iniția cu promptitudine măsurile corective. Beneficiarul, familia acestuia sau

[9] Prin incident deosebit se înțelege orice aspect sau eveniment care poate avea un impact negativ asupra beneficiarului.

reprezentantul legal vor fi informați cu privire la procedurile de soluționare a sesizărilor și reclamațiilor, inclusiv a formelor de soluționare prevăzute de legislație[10].

În această etapă, managerul de caz va coordona procesul de asistență și, pe baza rezultatelor obținute, va readapta PIIA la situația și nevoile beneficiarului.

5. Sistarea acordării serviciilor se realizează atunci când nu mai sunt îndeplinite condițiile pentru acordarea acestora. Conform art. 35 al Legii nr. 17/2000 „dacă perioada în care asistența socială a persoanelor vârstnice este temporară, dar nu mai mare de 6 luni, acordarea serviciilor de asistență socială se suspendă prin decizie motivată a celui care a stabilit dreptul. La încetarea suspendării reluarea acordării serviciilor sau prestațiilor de asistență socială se face pe bază de anchetă socială".

Decizia de sistare a serviciilor (model în anexa 17) se comunică beneficiarului sau reprezentantului legal al acestuia și, după caz, serviciului public de asistență socială/primarului cu cel puțin 30 de zile înaintea datei de sistare. Odată cu decizia de sistare, clientul este informat cu privire la posibilitatea de a se adresa altor furnizori. Atunci când situația o impune, se realizează un plan de sistare a serviciilor cu minim 90 de zile înainte de data sistării.

Mai ales în cazul persoanelor vârstnice singure, lipsite de îngrijirea familiei, este recomandat ca la sistarea serviciilor, managerul de caz să ofere beneficiarului datele de contact ale instituțiilor ce pot fi contactate de acesta în caz de urgență.

Pentru fiecare caz sistat, se realizează o **fișă de sistare a serviciilor** (sau fișă de închidere a cazului – model în anexa 18), ce va cuprinde informații precum: data sistării, motivele sistării, persoana de contact care va putea da informații cu privire la evoluția ulterioară a beneficiarului.

Dosarul beneficiarului va fi păstrat și după sistarea procesului de asistență, iar beneficiarul sau reprezentantul legal al acestuia și serviciul public de asistență socială vor primi câte o copie a acestuia.

6. Monitorizarea cazurilor este etapa în care managerul de caz, cu sprijinul specialiștilor implicați, verifică „sustenabilitatea" procesului de asistență. Mai exact, se verifică dacă situația vârstnicului a rămas la fel sau s-a îmbunătățit față de momentul în care serviciile au fost sistate. În cazul în care situația vârstnicului s-a înrăutățit, procesul de asistență poate fi reluat, începând cu reevaluarea situației, întocmirea unui nou plan de îngrijire și asistență, ș.a.m.d.

Această monitorizare poate fi realizată pe bază de vizite la domiciliul beneficiarului, conversații telefonice sau alte situații și împrejurări care permit obținerea de informații referitoare la evoluția ulterioară a vârstnicului. La finalizarea

[10] Legea contenciosului administrativ nr. 554/2004, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr.1154 din 6 martie 2007.

procesului de monitorizare, managerul de caz va întocmi **fișa de monitorizare** (model în anexa 19) care va cuprinde informații despre evoluția ulterioară a cazului și eventuale recomandări pentru îmbunătățirea situației vârstnicului.

Din punct de vedere legislativ nu există obligativitatea monitorizării cazurilor asistate pe o anumită perioadă de timp, însă această perioadă ar trebui să țină cont de complexitatea problemelor cu care vârstnicul a fost luat în evidență, de perioada de asistență (riscul de a dezvolta dependență față de servicii), precum și de gradul de vulnerabilitate a vârstnicului de a se confrunta cu noi probleme.

I.3.4. Implicarea voluntarilor în asistența persoanelor vârstnice conform Hotărârii de Guvern nr. 1317/2005

Voluntarii reprezintă o resursă importantă a comunității. Deşi în România voluntariatul necesită încă acțiuni de promovare care să duca la dezvoltarea sa, aceasta, acesta poate fi găsit în multe domenii: servicii sociale, protecția mediului, afaceri, cercetare, etc. Un astfel de domeniu este şi asistarea persoanelor vârstnice.

Ca urmare a vulnerabilității caracteristice acestei categorii de beneficiari, în anul 2005 a fost dată Hotărârea de Guvern numărul 1317 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice. Această hotărâre de guvern menționează tipurile de activități în care voluntarii pot fi implicați și procesul de selectare, coordonare și recompensare a acestora.

1. Cine se poate implica în activități de voluntariat pentru îngrijirea la domicilu a persoanelor vârstnice?

Articolul 2 al Hotărârii de Guvern specifică faptul că activitățile de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice pot fi desfăşurate de persoane a căror instruire corespunde domeniului de asistență socială, pe baza consimțământului liber exprimat. Această condiție limitează procesul de selecție a voluntarilor, dat fiind faptul că nu toate persoanele care doresc să se implice în activități de voluntariat pentru vârstnici au o pregătire în domeniul asistenței sociale. De asemenea, persoanele vârstnice care locuiesc în regiuni/localități cu un număr scăzut de persoane cu o astfel de pregătire sunt dezavantajate, pentru că li se încalcă dreptul la şanse egale.

Totuşi, aceeaşi hotărâre prevede la art.6, alin. 1, faptul că voluntarul are dreptul de a beneficia de cursuri de instruire specifice şi de îndrumare din partea furnizorului de servicii sociale, iar la art. 4 sunt prevăzute condițiile de înscriere ca voluntari pentru elevi şi studenți. Dat fiind faptul că elevii şi studenții nu reprezintă persoane cu pregătire în domeniul asistenței sociale şi că voluntarii au dreptul de a beneficia de cursuri de instruire, pentru a clarifica această discrepanță, putem concluziona că orice persoană se poate implica în activități de voluntariat pentru îngrijirea la domiciliu a persoanelor vârstnice, dacă are pre-

gătire în domeniul asistenței sociale și/sau dacă a beneficiat de un curs specific de instruire, înainte de a începe propriu-zis activitatea.

2. Tipurile de servicii în care se pot implica voluntarii

Articolul 5 al Hotărârii de Guvern nr. 1317/2005 prevede faptul că din tipurile de servicii oferite persoanelor vârstnice la domiciliu, voluntarii pot desfășura serviciile de îngrijire social-medicală, de natură socială[11]. mai exact, acestea pot fi:

- Servicii de bază: ajutor pentru igiena corporală, îmbrăcare și dezbrăcare, igiena eliminărilor, hrănire și hidratare, transfer și mobilizare, deplasare în interior, comunicare;
- Servicii de suport: ajutor pentru prepararea hranei sau livrarea aceasteia, efectuarea de cumpărături, activități de menaj, însoțirea în mijloacele de transport, facilitarea deplasării în exterior, companie, activități de administrare și gestionare, activități de petrecere a timpului liber.

Acestor servicii se pot adăuga și altele, în funcție de pregătirea profesională a voluntarului și de tipurile de afecțiuni pe care le prezintă persoanele vârstnice, conform legii și cu acordul îndrumătorului care coordonează și supraveghează activitatea de voluntariat.

3. Care sunt procedurile de recrutare și selecție a voluntarilor?

Recrutarea voluntarilor se realizează de către furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu, pe baza unei proceduri care trebuie să respecte prevederile Legii nr.195/2001 a voluntariatului.

Procedura constă în depunerea de către persoanele interesate a unei cereri de înscriere însoțită de o serie de documente enumerate mai jos și în participarea la un interviu.

Ca urmare a gradului mare de vulnerabilitate a persoanelor vârstnice la diverse forme de abuzuri și înșelătorii, este foarte important ca selectarea voluntarilor care vor oferi servicii de îngrijire la domiciliu să fie realizată cu foarte mare atenție. Astfel, conform art. 4, alin. 2, cererea de înscriere va fi însoțită de următoarele documente:

- Copie de pe actul de identitate;
- Curriculum vitae al solicitantului;
- Scrisoare de motivație;
- Dovada privind pregătirea profesională și nivelul de instruire sau, după caz, adeverință școlară care să ateste anul de studii, pentru elevi și studenți;
- Recomandare din partea responsabilului de pregătire practică din instituția de învățământ la care elevii și studenții sunt înscriși, care să ateste seriozitatea acestora;
- Adeverință medicală eliberată de medicul de familie, care să ateste fap-

[11] Serviciile de îngrijire social-medicală, de natură socială sunt prevăzute la art. 3^5 alin. (2) din Ordonanța Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 515/2003, cu modificările și completările ulterioare.

tul că persoana solicitantă este aptă de a desfăşura acțiuni în domeniu;
- Cazier judiciar.

Selectarea propriu-zisă a voluntarilor va fi realizată de către furnizorul de servicii de îngrijire la domiciliu, pe baza informațiilor cuprinse în documentele ce însoțesc cererea de înscriere, a principiilor şi specificului instituției şi a nevoilor beneficiarilor.

Finalizarea selecției voluntarilor constă în semnarea unui contract de voluntariat între voluntar şi furnizorul de servicii. Modelul contractului de voluntariat este prevăzut în Anexa nr.1 a Hotărârii de Guvern nr.1317/2005.

Înainte de începerea activității, furnizorul de servicii sociale are obligația de a elibera voluntarului o legitimație care să ateste calitatea de voluntar. Modelul acestei legitimații este prevăzut în anexa nr.2 a Hotărârii de Guvern nr.1317/2005.

4. Drepturile şi responsabilitățile voluntarilor

Drepturile voluntarilor implicați în activități de îngrijire la domiciliu a persoanelor vârstnice sunt:
- De a beneficia de cursuri de instruire specifice în domeniu, atât la începutul desfăşurării activității cât şi pe parcursul acesteia;
- De a primi îndrumare din partea furnizorului de servicii pe parcursul desfăşurării activității;
- De a li se recunoaşte serviciile de îngrijire la domiciliu desfăşurate pentru persoanele vârstnice, precum şi experiența şi aptitudinile dobândite pe parcursul activității; această recunoaştere se face prin eliberarea de către furnizorul de servicii a unui certificat nominal[12];
- De a primi materialele, echipamentele şi alte resurse ce le sunt necesare, în funcție de tipul activităților în care sunt implicați şi de posibilitățile furnizorului de servicii.

Responsabilitățile voluntarilor implicați în oferirea de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice sunt următoarele:
- De a sesiza furnizorul de servicii sociale, în cel mai scurt timp posibil, asupra oricăror aspecte observate în timpul activității care pot avea un impact negativ asupra persoanelor vârstnice;
- De a nu pretinde din partea persoanelor vârstnice asistate foloase materiale, indiferent de natura acestora;
- De a respecta programul stabilit de comun acord cu furnizorul de servicii sociale, precum şi cu persoana vârstnică, beneficiară a serviciului de îngrijire la domiciliu;
- De a înştiința periodic furnizorul de servicii sociale cu privire la activitatea desfăşurată.

[12] Modelul certificatului nominal este prevăzut în Anexa 3 a Hotărârii Guvernului nr.1317/2005.

I.4. PREZENTARE ŞI INSTRUMENTARE CAZ[13]

Un model de completare a instrumentelor specifice în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice este oferit în cadrul acestui subcapitol. În ceea ce privește instrumentele specifice asistenței psihologice, acestea pot fi consultate în capitolul II, secțiunea II.5.

I.4.1. Flavian. Abandon, dependență și orgoliu

În vârstă de 60 ani, Flavian este căsătorit de 25 de ani cu Margareta în vârstă de 55 ani. Margareta este plecată din anul 2006 în Italia pentru a lucra ca menajeră, și revine în țară o dată pe an, în luna august. Plecarea soției s-a datorat dificultăților financiare cu care familia se confrunta, lipsei unui loc de muncă și tensiunilor familiale.

În urma căsătoriei au rezultat doi copii: Mădălina de 30 ani (căsătorită cu Cătălin împreună cu care are un băiat de 3 ani, locuiesc în Iași) și Ioan, în vârstă de 25 ani (necăsătorit, plecat în Anglia din anul 2008).

Începând cu anul 2005 starea de sănătate a lui Flavian s-a înrăutățit; acesta prezintă probleme medicale fiind diagnosticat cu: diabet zaharat tip II, HTA, hernie de disc L4-L5. În anul 2006 a fost diagnosticat cu lombosciatică L4 drept algo-paretică restantă, iar în anul 2007 a suferit o intervenție chirurgicală pentru hernie de disc L3-L5.

În urma operației starea de sănătate a lui Flavian s-a agravat și a fost diagnosticat cu scleroză laterală amitrofică, parapareză spastică, discopatie lombară operată. În prezent Flavian urmează tratament medicamentos pentru afecțiunile menționate și proceduri medicale de recuperare postoperatorii pentru stabilizarea situației medicale. Trebuie menționat faptul că Flavian nu are asigurare medicală, nu realizează niciun venit, toate costurile tratamentelor și intervențiilor fiind suportate din veniturile soției sale.

Din punct de vedere financiar, beneficiarul nu realizează niciun venit, se întreține cu banii primiți de la soția care lucrează în Italia, bani administrați de fiica acestora pentru acoperirea utilităților, procurarea medicamentelor și alimentelor de bază. De multe ori nevoile de întreținere depășesc banii primiți lunar. Soții, Flavian și Margareta dețin o locuință proprietate personală formată din 3 camere, utilată modest. În această locuință care nu are încălzire și nici apă caldă beneficiarul stă singur din momentul plecării soției și a fiului la muncă în străinătate.

Relațiile de cuplu sunt tensionate; tensiunea apărută se datorează plecării doamnei la muncă în străinătate. Menționăm că Flavian s-a opus plecării. Comunicarea celor doi soți este deficitară. Aceştia vorbesc o dată pe lună la telefon și schimbă doar informații legate de plata facturilor. Flavian îi cere soției să renunțe la munca în Italia și să se întoarcă acasă.

[13] Datele de identificare ale persoanelor folosite ca exemplu în această metodologie sunt fictive.

Beneficiarul are o relație pozitivă cu fiica sa, aceasta îl vizitează şi îl sprijină în activitățile de zi cu zi. Fiul acestora menține legătura telefonic lunar cu tatăl său, iar în cazuri de urgență îi trimite suma de 100 Euro.

Din cauza mobilității reduse, Flavian se deplasează numai cu ajutorul cârjelor şi pe distanțe mici, iar pentru deplasare în exterior şi pe distanțe mari necesită ajutorul unei alte persoane. Din acest motiv interacțiunile sociale sunt reduse şi nu îşi vizitează rudele sau prietenii. Clientul îşi găseşte puține resurse pentru a face față problemelor cu care se confruntă (situația medicală, lipsuri materiale, singurătatea ca urmare a separării de soție şi fiu, plecați la muncă în străinătate).

I.4.2. CERERE DE SERVICII

Domnule Director,

Subsemnatul, **Popovici Flavian**, domiciliat în localitatea Iaşi, Str. Florilor nr. 5, bl. C1, sc. A, et. 8, ap. 2, având B.I. cu seria G.R, nr. 532xxx, eliberat de Poliția Iaşi, la data de 20.02.1973, solicit a-mi aproba cererea de a beneficia de următoarele serviciile psihosociale gratuite pentru persoanele vârstnice oferite de Asociația Alternative Sociale:

- asistență socială
- consiliere psihologică
- asistență juridică
- activități de socializare
- companie/ vizite din partea voluntarilor
- medierea relației cu instituțiile statului
- sprijin material

Data: Semnătura:

Domnului Director al Asociației Alternative Sociale

I.4.3. FIȘA INIȚIALĂ A CAZULUI

Modalitatea solicitării: verbală □/ telefonică ■ / scrisă □
Data: 19.06.2009
Solicitant: Secția de Poliție nr. 2, Iași
DATE DESPRE BENEFICIAR:
Numele și prenumele: Popovici Flavian Vârsta: 60 ani
CNP: 1490104xxxxx1; Act de identitate: CI seria: GR nr. 532xxx
Domiciliul în fapt: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iași
Domiciliul legal: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iași
Situația în fapt:

Domnul Popovici locuiește singur într-un apartament cu 3 camere proprietate personală, nu beneficiază de pensie și nici asigurare de sănătate de aproximativ 4 ani. Din cauza stării precare de sănătate, acesta a fost nevoit să părăsească locul de muncă. Deoarece nu a împlinit vârsta legală de pensionare, clientul nu are nicio sursă de venit.
Soția domnului Popovici este plecată în străinătate din anul 2006. Domnul Popovici are 2 copii, un băiat (plecat în Anglia) și o fată care locuiește în orașul Iași.

PERSOANE RESURSĂ:
Numele și prenume: Popovici Margareta, vârsta: 55 ani calitate: soție
Numele și prenume: Popescu Mădălina, vârsta: 30 ani, calitate: fiică
Numele și prenume: Popovici Ioan, vârsta: 25 ani, calitate: fiu

DATE RELEVANTE DESPRE VÂRSTNIC ȘI OBSERVAȚII:
- Vârstnic singur, fără sursă de venit;
- Locuința proprietate personală, modest utilată, fără apă caldă și căldură;
- Numeroase probleme medicale la nivelul membrelor inferioare și a coloanei vertebrale;
- Se deplasează cu dificultate pe distanțe foarte mici (în interiorul locuinței);
- Familia îl susține puțin, cu excepția fiicei care încearcă să-i acorde sprijin în activitățile de zi cu zi.

Preluare caz de către asistent social : (nume și prenume) Semnătură:

Nr. 73/27.06.2009

I.4.4. CONTRACT PENTRU ACORDAREA DE SERVICII SOCIALE

PĂRȚILE CONTRACTANTE

1. **Asociația Alternative Sociale**
denumit în continuare Furnizor de servicii sociale, cu sediul în județul: Iași, codul de înregistrare fiscală 9xxxxxx, contul nr. : ROxxxxxxxxxxxxxxxx deschis la Banca: _____, certificat de acreditare, seria: X, nr.: xxxxxxx, reprezentat de dl/dna _____, având funcția de _____.

și

2. **Popovici Flavian,** denumit în continuare Beneficiar, CNP: 1490104xxxxx1 cu domiciliul în municipiul Iași, Strada Florilor nr. 5, bl.C1, sc.A, et.8, ap.2, posesor al C.I. seria: G.R. nr. 532xxx , eliberat la data de: 20.02.1973 de Poliția Iași.

I. Având în vedere:
- evaluarea complexă efectuată în data de 25.06.2009
- planul individualizat de asistență și îngrijire nr. 73/29.06.2009

II. Convin asupra următoarelor:

1. Definiții

1.1 *Contractul pentru furnizarea de servicii sociale*: este actul juridic încheiat între o persoană fizică sau juridică, publică sau privată, acreditată conform legii să acorde servicii sociale - denumită furnizor de servicii sociale – și o persoană fizică aflată în situație de risc sau dificultate socială – denumită beneficiar de servicii sociale – care exprimă acordul de voință al acestora în vederea acordării de servicii sociale.

1.2. *Furnizor de servicii sociale*: persoana fizică sau juridică, publică sau privată, acreditată conform legii, în vederea acordării de servicii sociale, prevăzută la art. 11 din Ordonanța Guvernului nr. 68/2003, cu modificările și completările ulterioare.

1.3. *Beneficiarul de servicii sociale* este persoana aflată în situație de risc și dificultate socială împreună cu familia acesteia care necesită servicii sociale, conform planului de intervenție revizuit în urma evaluării complexe.

1.4. *Serviciile sociale* reprezintă un ansamblu de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență pentru prezervarea autonomiei și protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării și în scopul creșterii calității vieții, definite în condițiile prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 68/2003, cu modificările și completările ulterioare.

1.5. *Reevaluarea situației beneficiarului* reprezintă activitatea obligatorie a furnizorului de a evalua situația beneficiarului după acordarea de servicii sociale pe o anumită perioadă de timp.

1.6. *Revizuirea sau completarea planului individualizat de asistență și îngrijire* reprezintă modificarea sau completarea adusă planului individualizat pe baza rezultatelor reevaluării situației beneficiarului.

1.7. *Contribuția beneficiarului* reprezintă o cotă parte din costul total al serviciului/serviciilor acordate de furnizor, în funcție de tipul serviciului și de situația materială a beneficiarului și poate fi în bani, servicii sau în natură.

1.8. *Obligațiile beneficiarului* reprezintă totalitatea îndatoririlor pe care beneficiarul și le asumă prin contract și pe care le va îndeplini valorificându-și maximal potențialul psihofizic.

1.9. *Standarde minimale de calitate*: este ansamblul de cerințe privind cadrul organizatoric și material, resursele umane și financiare în vederea atingerii nivelului de performanță obligatoriu pentru toți furnizorii de servicii sociale specializate, aprobate în condițiile legii.

1.10. *Modificările de drept ale contractului de acordare de servicii sociale* sunt modificările aduse contractelor de acordare de servicii sociale în mod independent de voința părților, în temeiul prevederilor unui act normativ.

1.11. *Forța majoră* - un eveniment mai presus de controlul părților, care nu se datorează greșelii sau vinii acestora, care nu putea fi prevăzut în momentul încheierii contractului și care face imposibilă executarea și respectiv, îndeplinirea contractului.

1.12. *Evaluarea inițială* reprezintă activitatea de identificare/determinare a naturii cauzelor, a stării actuale de dezvoltare și integrare socială a beneficiarului precum și a prognosticului acestora efectuată prin utilizarea de metode și tehnici specifice profesiilor sociale, de către furnizorul de servicii sociale. Scopul evaluării este cunoașterea și înțelegerea problemelor cu care se confruntă beneficiarul și identificarea măsurilor inițiale pentru elaborarea planului inițial de măsuri.

1.13. *Planul individualizat de asistență și îngrijire* reprezintă ansamblul de măsuri și servicii adecvate și individualizate potrivit nevoilor sociale identificate ca urmare a efectuării evaluării complexe și cuprinde programarea serviciilor sociale, personalul responsabil și procedurile de acordare a serviciilor sociale.

1.14. *Evaluarea complexă* reprezintă activitatea de investigare și analiză a stării actuale de dezvoltare și de integrare socială a beneficiarului, a cauzelor care au generat și care întreține situația de dificultate în care acesta se află precum și a prognosticului acestora utilizându-se instrumente și tehnici standardizate specifice domeniilor de asistență socială, psihologică, educațională, medicală și juridică.

2. Obiectul contractului

2.1.[14] Obiectul contractului îl constituie acordarea următoarelor servicii sociale:

- servicii psihosociale pentru persoanele vârstnice;

2.2.[15] Descrierea serviciilor sociale acordate de furnizorul de servicii sociale.

3. Costurile serviciilor sociale acordate şi contribuția beneficiarului

3.1. Costul total al serviciilor sociale prevăzute este de xxx lei.

3.2. [16]Contribuția beneficiarului pentru serviciile sociale primite este, după cum urmează:

- pentru serviciile de asistență socială şi îngrijiri la domiciliu pentru persoane vârstnice contribuția este 0 lei (în bani/în natură)

3.3.[17] Contribuția beneficiarului nu va influența acordarea serviciilor sociale şi nu va îngreuna posibilitatea beneficiarului de a ieşi din starea de dificultate.

4. Durata contractului

4.1. Durata contractului este de la data de 19.06.2009 până la 19.09.2009

4.2. Durata contractului poate fi prelungită cu acordul părților şi numai după evaluarea rezultatelor serviciilor acordate beneficiarului şi după caz, revizuirea planului individualizat de asistență şi îngrijire prin act adițional.

5. Etapele procesului de acordare a serviciilor sociale

5.1. Implementarea măsurilor prevăzute în planul de intervenție şi în planul individualizat

5.2. Reevaluarea periodică a situației beneficiarului.

5.3. Revizuirea planului individualizat de asistență şi îngrijire în vederea adaptării serviciilor sociale la nevoile beneficiarului.

6. Drepturile furnizorului de servicii sociale

6.1. De a verifica veridicitatea informațiilor primite de la beneficiar.

6.2. De a sista acordarea serviciilor sociale către beneficiar în cazul în care constată că acesta i-a furnizat informații eronate;

6.3. De a utiliza, în condițiile legii, date denominalizate în scopul întocmirii de statistici pentru dezvoltarea serviciilor sociale;

7. Obligațiile furnizorului de servicii sociale

7.1. Să respecte drepturile şi libertățile fundamentale ale beneficiarului în acordarea serviciilor sociale precum şi drepturile beneficiarului rezultate din prezentul contract;

---

[14] Lista serviciilor sociale ce vor fi acreditate poate fi prevăzută cu acordul părților în anexă la contract.
[15] Descrierea serviciilor sociale acordate poate fi prevăzută cu acordul părților în anexă la contract.
[16] Valoarea contribuției beneficiarului este stabilită în urma procesului de evaluare complexă.
[17] Costurile serviciilor ce pot fi prevăzute cu acordul părților în anexă la contract.

7.2. Să acorde servicii sociale prevăzute în planul individualizat de asistență și îngrijire cu respectarea acestuia și a standardelor minimale de calitate a serviciilor sociale;

7.3. Să depună toate diligențele pentru a asigura beneficiarul de continuitatea serviciilor sociale furnizate, în cazurile de încetare a prezentului contract prevăzute la pct. 12.1. și 13.1. lit. a) și d). Asigurarea continuității serviciilor sociale se va realiza și prin subcontractarea și cesiunea de servicii sociale;

7.4. Să fie receptiv și să țină cont de toate eforturile beneficiarului în îndeplinirea obligațiilor contractuale și să considere că beneficiarul și-a îndeplinit obligațiile în măsura în care acesta a depus toate eforturile;

7.5. Să informeze beneficiarul asupra:

- conținutului serviciilor sociale și condițiilor de acordare a acestora;
- oportunității acordării altor servicii sociale;
- liste la nivel local a furnizorilor acreditați să acorde servicii sociale;
- regulamentului de ordine internă;
- oricărei modificări de drept a contractului.

7.6. Să reevalueze periodic situația beneficiarului și, după caz, să completeze și/sau să revizuiască planul individualizat de asistență și îngrijire, exclusiv în interesul acestuia;

7.7. Să respecte, conform legii, confidențialitatea datelor și informațiilor referitoare la beneficiar;

7.8. Să ia în considerare dorințele și recomandările obiective ale beneficiarului, cu privire la acordarea serviciilor sociale;

7.9. Să utilizeze contribuția beneficiarului exclusiv pentru acoperirea cheltuielilor legate de acordarea serviciilor sociale;

7.10. De a informa serviciul public de asistență în a cărui rază teritorială locuiește beneficiarul asupra nevoilor identificate și serviciilor propuse a fi acordate.

8. Drepturile beneficiarului

8.1. În procesul de acordare a serviciilor sociale prevăzute la punctul 2, furnizorul de servicii sociale va respecta drepturile și libertățile fundamentale ale beneficiarului;

8.2. Beneficiarul are următoarele drepturi contractuale:

a) De a primi serviciile sociale prevăzute în planul individualizat de asistență și îngrijire;
b) De a i se asigura continuitatea serviciilor sociale, atât timp cât se mențin condițiile care au generat situația de dificultate;
c) De a refuza, în condiții obiective, primirea serviciilor sociale;
d) De a fi informat în timp util și în termeni accesibili, asupra:
   - drepturile sociale, a măsurilor legale de protecție și situațiilor de risc;
   - modificărilor intervenite în acordarea serviciilor sociale;

- oportunității acordării altor servicii sociale;
- listei la nivel local a furnizorilor acreditați să acorde servicii sociale;
- regulamentului de ordine internă.

e) De a participa la evaluarea serviciilor sociale primite și de a participa la luarea deciziilor privind intervenția socială care i se aplică, putând alege variante de intervenție, dacă ele există;

f) Dreptul de a avea acces la propriul dosar;

g) De a-și exprima nemulțumirea cu privire la acordarea serviciilor sociale.

9. [18] Obligațiile beneficiarului

9.1. Să participe activ în procesul de furnizare a serviciilor sociale și la reevaluarea și revizuirea planului individualizat de asistență și îngrijire;

9.2. Să furnizeze informații corecte cu privire la identitatea și situația familială, medicală, economică și socială și să permită furnizorului de servicii sociale verificarea veridicității acestora;

9.3. Să respecte termenele și clauzele stabilite în cadrul planului individualizat de asistență și îngrijire;

9.4. Să contribuie la plata costurilor serviciilor sociale primite cu o cotă parte din costul total al serviciului/serviciilor acordate de furnizor, conform punctelor 3.3 și 3.4;

9.5. Să anunțe orice modificare intervenită în legătură cu situația sa personală pe parcursul acordării serviciilor sociale;

9.6. Să respecte regulile de comportament, programul de lucru, persoanele de contact etc.

10. Soluționarea reclamațiilor

10.1. Beneficiarul are dreptul de a formula verbal și/sau în scris reclamații cu privire la acordarea serviciilor sociale;

10.2. Reclamațiile pot fi adresate furnizorului de servicii sociale direct sau prin intermediul oricărei persoane din cadrul echipei de implementare a planului individualizat;

10.3. Furnizorul de servicii sociale are obligația de a analiza conținutul reclamațiilor, consultând atât beneficiarul, cât și specialiștii implicați în implementarea planului individualizat de asistență și îngrijire și de a formula răspuns în termen de maxim 10 (zece) zile de la primirea reclamației;

10.4. [19]Dacă beneficiarul nu este mulțumit de soluționarea reclamației acesta se poate adresa in scris Comisiei de mediere socială de la nivelul județului/sec-

[18] Obligaţiile beneficiarului se vor completa, după caz, cu alte obligaţii specifice tipurilor de servicii sociale prevăzute în prezentul contract.

[19] Furnizorul va avea înscris în regulamentul de ordine interioară o procedură privind plângerile formulate de beneficiari care se va respecta punctele 10.1-10.3.

torului IAȘI care va clarifica prin dialog divergențele dintre părți sau, după caz, instanței de judecată competente.

11. Litigii

11.1. Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenții decurgând în prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

11.2. Dacă după 15 zile de la începerea acestor proceduri neoficiale Furnizorul de Servicii Sociale şi Beneficiarul nu reuşesc să rezolve în mod amiabil o divergență contractuală, fiecare poate solicita Comisiei de mediere socială mijlocirea soluționării divergențelor sau se poate adresa instanțelor judecătoreşti competente.

12. [20] Rezilierea contractului

12.1. Constituie motiv de reziliere a contractului următoarele:

a) refuzul obiectiv al beneficiarului de a mai primi serviciile sociale, exprimat în mod direct sau prin reprezentant şi consemnat în scris, sub semnătură;
b) încălcarea de către furnizorul de servicii sociale a prevederilor legale cu privire la serviciile sociale dacă este invocată de beneficiar;
c) retragerea autorizației de funcționare sau acreditării furnizorului de servicii sociale;
d) limitarea domeniului de activitate pentru care furnizorul de servicii sociale a fost acreditat, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiar;
e) schimbarea obiectului de activitate al furnizorului, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiar.

13. Încetarea contractului

Constituie motiv de încetare a contractului următoarele:

a) expirarea duratei pentru care a fost încheiat contractul;
b) acordul părților privind încetarea contractului;
c) scopul contractului a fost atins;
d) lipsa fondurilor necesare susținerii furnizării în condiții optime a serviciilor sociale contractate;
e) forța majoră, dacă este invocată.

[20] În funcţie de natura serviciilor sociale oferite de către furnizorul de servicii sociale, părţile contractuale pot reveni asupra daunelor care se vor plăti de către părţile responsabile

14. Dispoziții finale

14.1. Părțile contractate au dreptul pe durata îndeplinirii contractului, de a conveni modificarea clauzelor contractului prin act adițional numai în cazul apariției unor circumstanțe care lezează interesele legitime ale acestora și care nu au putut fi prevăzute la data încheierii contractului.

14.2. Prevederile prezentului contract se vor completa cu prevederile legislației în vigoare în domeniu.

14.3. Limba care guvernează contractul este limba română.

14.4. Contractul va fi interpretat conform legilor din România.

14.5. Furnizorul de servicii sociale realizează monitorizarea și evaluarea serviciilor sociale acordate.

14.6. Măsurile de implementare a planului individualizat de asistență și îngrijire se comunică Direcției de Asistență Socială, conform legii.

14.7. Pe baza raportului cu privire la rezultatele implementării planului individualizat de asistență și îngrijire, Direcția de Asistență Socială va monitoriza activitatea furnizorului de servicii sociale.

14.8. Beneficiarul își dă acordul privind depunerea unui exemplar din prezentul contract la Direcția de Asistență Socială Iași, fără a se încălca astfel principiul confidențialității.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor sociale a fost încheiat la sediul Furnizorului de servicii sociale/domiciliul Beneficiarului în 2(două) exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

O copie a acestui contract va fi transmisă Direcției de Asistență Socială de către Furnizorul de Servicii Sociale.

Localitatea: Iași
Data: 27.06.2009
Furnizor de servicii sociale, Asociația Alternative Sociale

Asistent social,	Beneficiar,
(numele persoanei/persoanelor autorizate să semneze)	(numele și prenumele persoanei)
	Popovici Flavian
Semnătura:	Semnătura:

I.4.5. ANCHETA SOCIALĂ

Realizată de asistenții sociali: (nume și prenume)
Locul și data: Iași - 20.06.2009
Persoane prezente: Popovici Flavian - beneficiar, (nume și prenume) - asistent social și (nume și prenume) - asistent social.

A. Date de identificare a beneficiarului

Nume şi prenume: Popovici Flavian
Locul şi data naşterii: Comuna Victoria, sat Victoria, 01.04.1949
CNP: 1490104xxxxx1 B.I.: G.R. 532xxx
Domiciliul legal: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iaşi
Domiciliul în fapt: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iaşi
Stare civilă: căsătorit
Studii: liceu Ocupația: casnic
Etnia: română Religia: ortodoxă

B. Date despre familie:

Date despre soț/ soție:
Nume şi prenume: Popovici Margareta
Locul şi data naşterii: Comuna Rediu, sat Rediu, 05.03.1954
CNP: 2540305xxxxx2 B.I.: M.N. 600xxx
Domiciliul legal: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iaşi
Domiciliul în fapt: Italia
Stare civilă: căsătorită
Studii: liceu Ocupația: menajeră
Etnia: română Religia: ortodoxă
Date despre copii:

Nr. crt.	Nume şi prenume	Vârsta	Ocupația	Domiciliul	Observații
1.	Popescu Mădălina	30 ani	vânzătoare	Iaşi	Principala persoană resursă pentru dl Popovici
2.	Popovici Ioan	25 ani	muncitor construcții	Anglia	Plecat de aproximativ 2 ani

Date despre alte persoane care locuiesc la aceeaşi adresă: - dl Popovici locuieşte singur

C. Istoricul social al beneficiarului

Clientul s-a născut în comuna Victoria, sat Victoria, în anul 1949. În 1979 s-a căsătorit cu Popovici Margareta. În urma căsniciei au rezultat doi copii: Popescu Mădălina, 30 ani, căsătorită cu Popescu Cătălin care locuiește în Iași (cei doi au un băiat de 3 ani) și Popovici Ioan, 25 ani, necăsătorit, plecat în Anglia de aproximativ 2 ani.

Clientul a fost angajat ca lucrător comerciant la o firmă privată până în anul 2004 când au început problemele de sănătate. Tot în anul 2004 cei doi soți au încercat să înceapă o afacere: un magazin mixt.

Datorită problemelor financiare mari, a falimentării magazinului, doamna Popovici a decis să plece la muncă în străinătate fără acordul soțului său.

În prezent beneficiarul locuiește singur și este ajutat în administrarea gospodăriei de fiica sa (menajul casei, aprovizionare alimente, plăți facturi, etc.). Soția clientului îl susține financiar pe acesta: trimite lunar 200 Euro pentru cheltuielile din gospodărie și pentru medicamente.

D. Starea de sănătate

Începând cu anul 2005 starea de sănătate a clientului s-a înrăutățit, fiind diagnosticat cu: diabet zaharat tip II, HTA, hernie de disc L4-L5.

Din anul 2006 este diagnosticat cu lombosciatică L4 drept algo-paretică restantă, iar în anul 2007 a suferit o intervenție chirurgicală pentru hernie de disc L3-L5.

În urma operației starea de sănătate a domnului Popovici s-a agravat, acesta fiind diagnosticat cu scleroză laterală amitrofică, parapareză spastică, discopatie lombară operată.

În momentul de față domnul Popovici urmează tratament medicamentos pentru afecțiunile menționate. Domnul Popovici nu are asigurare medicală deoarece nu realizează niciun venit, toate costurile tratamentelor și intervențiilor fiind acoperite de către soția sa.

E. Situația materială/ financiară

Locuința
Proprietate personală: ■ da; □ nu Numărul de camere: 3
■ Electricitate ■ Apă curentă ■ Încălzire ■ Telefon
Starea de igienă: ■ Satisfăcătoare □ Nesatisfăcătoare
Suprafață de teren cultivată (tipul culturii): nu deține
Animale: nu este cazul
Alte proprietăți: o casă în comuna Rediu, județul Iași
Venituri
Stabile: 200 Euro – sunt trimiși lunar de către soția sa din Italia.
Ocazionale: 100 Euro – trimiși în caz de urgență de fiul său.

F. Relațiile în familie și comunitate

Relații în familie:

Relațiile de cuplu s-au tensionat după plecarea soției în Italia. Pe perioada plecării soției la muncă în străinătate, frecvența comunicării dintre cei doi soți s-a redus: cei doi vorbesc la telefon cam o dată pe lună.

Beneficiarul are o relație bună și pozitivă cu fiica sa, aceasta îl vizitează des, de 3 ori pe săptămână și îl ajută la activitățile vieții de zi cu zi. Clientul nu are o relație bună cu ginerele său și din acest motiv acesta vine rar în vizită.

Fiul clientului menține legătura telefonic cu acesta cam o dată pe lună, iar în cazuri de urgență îi trimite bani.

Relații în comunitate:

Din cauza mobilității reduse, domnul Popovici are interacțiuni sociale foarte puține, acesta se reduce doar la convorbiri telefonice cu fiica (zilnic), fiul și soția (lunar). Interacțiunile cu vecinii sunt reduse și se rezumă doar la un simplu salut. Clientul refuză să apeleze la vecini pentru realizarea cumpărăturilor sau alte servicii și nu frecventează alte grupuri sociale.

Clientul își găsește puține resurse pentru a face față problemelor cu care se confruntă (situația medicală, lipsuri materiale, singurătatea ca urmare a separării de soție și fiu, plecați la muncă în străinătate).

G. Observații

Clientul dezvoltă sentimente de gelozie față de soția sa, suspectând-o pe aceasta că ar avea o relație extraconjugală în țara în care lucrează.

Sunt situații în care clientul refuză sprijinul fiicei.

H. Concluzii și recomandări

Pentru a optimiza situația clientului recomandăm:

- Oferirea unui sprijin material pentru asigurarea alimentelor, având în vedere faptul că vârstnicul nu are un venit propriu;
- Informarea vârstnicului cu privire la obținerea asigurării medicale;
- Consiliere suportivă pentru depășirea stării de singurătate;
- Consiliere juridică pentru posibilitatea obținerii pensiei de invaliditate;
- Vizite din partea voluntarilor.

Asistenți sociali: *(nume și prenume, semnătura)*

I.4.6. GRILA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A NEVOILOR PERSOANELOR VÂRSTNICE

Fișă de evaluare sociomedicală

(geriatrică)

Nr. Fișei: 73
Data luării în evidență: 19.06.2009
Data evaluării: 25.06.2009

I. PERSOANA EVALUATĂ

Numele: Popovici E. Prenumele: Flavian
Data și locul nașterii: 01.04.1949, sat Victoria, Comuna Victoria, județul Iași
Vârsta: 60 ani
Adresa: Str. Florilor nr. 5, Bl. C1, Sc. A, Et.8, ap.2, Iași
Telefon: 0232/xxxxxx
Fax: nu este cazul; Email: nu este cazul;
Profesia: lucrător comerciant, Ocupația: fără ocupație
Studii:

- □ fără studii
- □ primare
- □ gimnaziale
- ■ liceale
- □ universitare

Carte de identitate: C.I seria GR nr. 532xxx; Cod numeric personal: 1490104xxxxx1
Cupon pensie (dosar pensie) nr.: Nu are pensie.
Dosar (cupon) persoană cu handicap nr.: Nu are.
Carnet asigurări de sănătate nr., seria: Nu are.
Sex:

- □ feminin
- ■ masculin

Religie: Ortodoxă
Starea civilă:

- □ necăsătorit
- ■ căsătorit la data: 1979
- □ văduv/ă de la data de: _____
- □ divorțat/ă la data de: _____
- ■ despărțit în fapt de la data de: 2006

Copii:

- ■ da
- □ nu

Dacă da înscrieți numele, prenumele, adresa telefonul
1. Popescu Mădălina – Iași, 0332/ 7xx xxx
2. Popovici Ioan – Anglia

II. REPREZENTANTUL LEGAL – Nu este cazul.
Numele: _____
Prenumele: _____
Calitatea:
□ Soț/soție
□ Fiu/fiică
□ Rudă
□ Alte persoane
Data şi locul naşterii: _____ Vârsta: _____
Adresa: Str. _____ Nr. _____ Bl. ____ Sc. ____ Et. ____ Ap. _____
Localitatea: _____ Județul _____ Codul poştal _____
Telefon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

III. PERSOANA DE CONTACT ÎN CAZ DE URGENȚĂ
Numele: Popescu Prenumele: Mădălina
Data şi locul naşterii: 03.05. 1979, Iaşi Vârsta: 30 ani
Adresa: Str. Narciselor nr. 3, Bl. C, Sc. A, Et.3, ap.2, Iaşi
Telefon: 0332/ 7xxxxx; Fax: nu este cazul; E-mail: nu este cazul.

IV. EVALUAREA SOCIALĂ
A. Locuință
□ casă
■ apartament bloc
□ alte situații
Situată:
□ la parter
■ etaj – 8
■ lift
Se compune din:
• nr. camere: 3
• bucătărie ■; baie ■; duş ■
• toaletă
■ situată în interior
□ situată în exterior
• încălzire*:*
■ fără
□ centrală
□ cu lemne/cărbuni

□ gaze
□ cu combustibil lichid

- apă curentă
  - ■ da / □ nu
  - ■ rece
  - □ caldă
  - □ alte situații

Condiții de locuit:

- Luminozitate
  - ■ adecvată
  - □ neadecvată
- Umiditate
  - ■ adecvată
  - □ igrasie
- Igiena
  - ■ adecvată
  - □ neadecvată

Locuința este prevăzută cu:

■ aragaz, maşină de gătit
■ frigider
□ maşină se spălat
■ radio/televizor
□ aspirator

Concluzii privind riscul ambiental:

Riscul ambiental este scăzut deoarece mobilitatea vârstnicului este redusă şi nu au existat modificări ambientale pentru nevoile locomotorii reduse ale acestuia.

Mobilierul este vechi, dar îngrijit. Acesta nu este modificat pentru nevoile vârstnicului, cum ar trebui sa fie: prevăzut cu rotile pentru a putea fi mutat cu uşurință, patul să aibă o latură mobilă pentru ca persoana să fie ridicată sau mutată.

Apartamentul are aparatură electronică: televizor, radio, telefon. Este prevăzut cu ferestre mari deci luminozitate adecvată.

Baia este situată lângă camera unde doarme vârstnicul şi este prevăzută cu duş, chiuvetă situată la nivel mediu şi fără alte facilități sau modificări pentru ca vârstnicul să aibă acces uşor şi rapid la obiectele de igienă corporală.

B. Rețea de familie

Trăieşte:

■ singur/ă de la data de: 12.05.2006
□ cu soț/soție de la data de: _____
□ cu copii de la data de: _____

□ cu alte rude de la data de: _____
□ cu alte persoane de la data de: _____

Lista cuprinzând persoanele cu care locuieşte – clientul locuieşte singur.
(numele, prenumele, calitatea, vârsta):

este compatibil da □ nu □
este compatibil da □ nu □

- una dintre persoanele cu care locuieşte este:
  - □ bolnavă
  - □ cu dizabilități/handicap
  - □ dependentă de alcool
- este ajutat de familie: da [**x**] nu [ ]
  - ■ cu bani
  - ■ cu mâncare
  - ■ activități de menaj
- relațiile cu familia sunt:
  - ■ bune - cu fiul
  - ■ cu probleme – relațiile sunt tensionate cu soția, fiica și ginerele
  - □ fără relații
- există risc de neglijare: da □ nu ■
- abuz*:* da □ nu ■

dacă da, specificați:

_____
_____

C. Rețea de prieteni, vecini

- Are relații cu prietenii, vecinii*:*
  - ■ da (cu un prieten – telefonic)
  - □ nu
  - □ vizite
  - □ relații de întrajutorare
- Relațiile sunt*:*
  - ■ permanente
  - ■ rare (este vizitat lunar de prietenul său Ionescu Vasile)
- Frecventează*:*
  - □ un grup social
  - □ biserica
  - □ altele

Specificați: _____
_____

Înscrieți numele și prenumele prietenilor și/sau vecinilor cu care întreține relații bune și de întrajutorare, grupuri sociale:
Ionescu Vasile - fost coleg de serviciu și prieten mai vechi.

• Este ajutat de prieteni, vecini pentru:
  □ cumpărături
  □ activități de menaj
  ■ deplasare în exterior (rar)
• Participă la:
  □ activități ale comunității
  □ activități recreative
• comunitatea îi oferă un anumit suport: da □; nu ■
dacă da, specificați: _____

V. EVALUAREA SITUAȚIEI ECONOMICE

• venit lunar propriu reprezentat de:
  □ pensie de asigurări sociale de stat _____
  □ pensie pentru agricultori_____
  □ pensie I.O.V.R.[21] _____
  □ pensie pentru persoană cu handicap _____
• alte venituri: 200 euro lunar de la soție și 100 euro de la fiu (în caz de urgență)
• venitul global: 200 Euro
• bunuri mobile și imobile aflate în posesie: apartamentul proprietate personală, format din 3 camere și utilitățile cu care este dotat.

VI. EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE

A. Diagnostic prezent

1. diabet zaharat tip II;
2. hiper tensiune arterială;
3. lombosciatică L4 drept algo-paretică restantă;
4. hernie de disc L3-L5;
5. scleroză laterală amiotrofică;
6. parapareză spastică;
7. discopatie lombară operată.

B. Starea de sănătate prezentă:

- antecedente familiale relevante: nu există;
- antecedente personale: operație de hernie de disc;
- tegumente și mucoase (prezența ulcerului de decubit, plăgi, etc.): nu există;
- aparat locomotor (se evaluează și mobilitatea și tulburările de mers):

[21] Pensii acordate pentru invalizi, orfani și văduve de război.

mobilitatea foarte scăzută în urma intervenției chirurgicale pentru hernie de disc, tulburări de mers;
- aparat respirator (frecvența respiratorie, tuse, expectorație, dispnee): dispnee;
- aparat cardiovascular (TA, AV, puls, dureri, dispnee, tulburări de ritm, edeme, tulburări circulatorii periferice, etc.): hiper tensiune arterială, dureri în zona cordului, tulburări de ritm, tulburări circulatorii periferice, hipertensiune arterială, dispnee;
- aparat digestiv (dentiție, grețuri, dureri, meteorism, tulburări de tranzit intestinal - prezența incontinenței anale; se evaluează și starea de nutritie): nu este cazul;
- aparat urogenital (dureri, tulburări de micțiune - prezența incontinenței urinare etc., probleme genitale): nu sunt;
- organe de simț (auz, văz, gust, miros, simț tactil): tulburări de vedere;
- examen neuropsihic (precizări privind reflexele, tulburări de echilibru, prezența deficitului motor și senzorial, crize jacksoniene etc.): tulburări de echilibru uneori și deficit motor.

C. Investigații paraclinice relevante (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei):
Analize de sânge, urocultură - Buletin analize medicale nr. 6045/2009;
Radiografie coloană vertebrală - Bilet ieșire Spitalul de Urgență nr. 19674/2009;
Electrocardiogramă - Bilet ieșire Spitalul de Recuperare nr. 61209/2009.

D. Recomandări de specialitate privind tratamentul igienico-terapeutic și de recuperare (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei - bilete de externare, rețete și/sau fișa medicală din spital, policlinică, cabinet medicina de familie):
Se recomandă: tratamente conform rețetelor prescrise, regim dietetic hiposodat și hipolipidic, fizioterapie, kinetoterapie și balneoterapie. Sunt contraindicate: efortul fizic, mersul prelungit și pe teren accidentat și expunerea la frig și umezeală.

VII. EVALUAREA GRADULUI DE DEPENDENȚĂ

Criteriile de încadrare în grade de dependență		Nu necesită supraveghere, ajutor	Necesită supraveghere temporară și/sau parțială.	Necesită supraveghere permanentă și/ sau integral.
EVALUAREA AUTONOMIEI		0	1	2
A. Evaluarea statusului funcțional				
A.I. Activități de bază ale vieții de zi cu zi				
1	Igienă corporală (toaleta generală, intimă, specială)	**Autonom 0**	Ajutor parțial.	Se realizează numai cu ajutor.
2	Îmbrăcat/dezbrăcat (posibilitatea de a se îmbraca, de a se dezbrăca, de a avea un aspect îngrijit)	**Autonom 0**	Autonom și/sau parțial autonom pentru îmbrăcat; trebuie încălțat.	Se realizează numai cu ajutor.
3	Alimentație (posibilitatea de a se servi și de a se hrăni singur)	**Mănâncă singur 0**	Ajutor pentru tăiat carne, fructe, pâine etc.	Se realizează numai cu ajutor.
4	Igiena eliminărilor (continență)	**Autonom 0**	Incontinență ocazionala.	Incontinent
5	Mobilizare (trecerea de la o pozitie la alta – ridicat-așezat, așezat-culcat etc).	Autonom	**Necesită ajutor. 1**	Grabatar
6	Deplasare în interior (deplasare în interiorul camerei în care trăiește, cu sau fără baston, cadru, scaun rulant etc.).	**Autonom 0**	Se deplasează cu ajutor parțial.	Nu se deplasează fără ajutor.
7	Deplasare în exterior (deplasarea în exteriorul locuinței fără mijloace de transport).	Autonom	**Se deplasează cu ajutor parțial. 1**	Nu se deplasează fără ajutor.
8	Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță în scopul de a alerta: telefon, alarmă, sonerie etc).	**Utilizare normală a mijloacelor de comunicare. 0**	Nu utilizează în mod spontan mijloacele de comunicare.	Incapabil de a utiliza mijloacele de comunicare.
A.II. Activități instrumentale				
1	Prepararea hranei (capacitatea de a-și prepara singur mâncarea).	Prevede, prepară și servește mesele în mod normal.	**Necesită ajutor parțial pentru prepararea și servirea mesei. 1**	Masa îi este preparată și servită de altă persoană.
2	Activități de menaj (efectuarea de activități menajere: întreținerea casei, spălatul hainelor, spălatul vaselor etc.).	Efectuează singur activitățile menajere.	**Efectuează parțial activități ușoare. 1**	Incapabil să efectueze activități menajere, indiferent de activitate.

3	Gestiunea și administrarea bugetului și a bunurilor (gestionează propriile bunuri, bugetul, știe să folosească banii etc).	**Gestionează în mod autonom finanțele proprii.** **0**	Necesită ajutor pentru operațiuni financiare mai complexe.	Incapabil de a-și gestiona bunurile și de a utiliza banii.
4	Efectuarea cumpărăturilor (capacitatea de a efectua cumpărăturile necesare unui trai decent).	Efectuează singur cumpărăturile.	**Poate efectua un număr limitat de cumpărături și/sau necesită însoțitori.** **1**	Incapabil de a face cumpărături.
5	Respectarea tratamentului medical (posibilitatea de a se conforma recomandărilor medicale).	**Ia medicamentele în mod corect (dozaj și ritm).** **0**	Ia medicamentele dacă dozele sunt preparate separat.	Incapabil să ia singur medicamentele.
6	Utilizarea mijloacelor de transport (capacitatea de a utiliza mijloacele de ransport).	Utilizează mijloacele de transport public sau conduce propria mașină.	Utilizează transportul în comun numai însoțit.	**Se deplasează puțin numai însoțit, în taxi sau mașină.** **2**
7	Activități pentru timpul liber (persoana are activități culturale, intelectuale, fizice etc – solitare sau în grup).	Le realizează în mod curent.	Le realizează rar, fără participare spontană.	**Nu realizează și nu participă la astfel de activități.** **2**
B. Evaluarea statusului senzorial și psihoafectiv				
1	Acuitate vizuală	Suficient de bună pentru a citi, a scrie, a lucra manual etc.	**Distinge fețele, vede suficient pentru a se orienta și a evita obstacolele.** **1**	Vede numai umbre și lumini: cecitate.
2	Acuitate auditivă	**Aude bine.** **0**	Aude numai vocea puternică sau aude numai cu proteză.	Surditate sau aude sunetele, dar nu înțelege cuvintele.
3	Deficiență de vorbire	Fără	Disfazie, voce de substituție, altele.	**Afazie** **2**
4	Orientare	**Orientat în timp și în spațiu.** **0**	Dezorientat în timp	Dezorientat în spațiu și/sau față de alte persoane.
5	Memoria	**Fără tulburări de memorie** **0**	Prezintă tulburări medii, benigne.	Prezintă tulburări severe, maligne.
6	Judecată	**Intactă** **0**	Diminuată	Grav alterată
7	Coerență	**Păstrată în totalitate** **0**	Păstrată parțial	Incoerență

8	Comportament	**Normal** **0**	Prezintă tulburări medii (hipoactiv, hiperactiv etc.)	Prezintă tulburări grave.
9	Tulburări afective (prezența depresiei)	Fără	Depresie medie	**Depresie majoră** **2**

NOTĂ:

Pentru fiecare activitate evaluată se identifică trei posibilități:

0 - activitate făcută fără ajutor, în mod obișnuit și corect;
- nu necesită supraveghere și ajutor.

1 - activitate făcută cu ajutor parțial și/sau mai puțin corect;
- necesită supraveghere temporară și/sau ajutor parțial.

2 - activitate făcută numai cu ajutor;
- necesită supraveghere permanentă și/sau ajutor integral.

Evaluarea statusului funcțional și psihoafectiv se realizează avându-se în vedere condiția obligatorie de integritate psihică și mentală a persoanei pentru a fi aptă să efectueze activitățile de bază și instrumentale ale vieții de zi cu zi.

VIII. REZULTATELE EVALUĂRII

Autonomie: 14 puncte;
Dependență: I – 6 puncte;
II – 8 puncte;

A. Nevoile identificate:

1. Nevoi ale statusului funcțional:
   - nevoi de ajutor parțial și supraveghere temporară în: îndeplinirea activităților instrumentale: efectuarea cumpărăturilor, prepararea hranei, activități de menaj.
   - nevoi de ajutor integral în: activități pentru timp liber și în utilizarea mijloacelor de transport.

2. Nevoi ale statusului senzorial și psihoafectiv:
- acuitate vizuală (poartă ochelari);
   - deficiență de vorbire;
   - depresie majoră.

B. Gradul de dependență:

■ gradul IIIA - persoanele care se deplasează singure în interiorul locuinței, se alimentează și se îmbracă singure, dar care necesită un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi.

IX. SERVICII SOCIALE ŞI SOCIOMEDICALE (DE ÎNGRIJIRE) APTE SĂ RASPUNDĂ NEVOILOR IDENTIFICATE:

- Servicii de asigurare a hranei şi suplimentelor nutritive (prepararea, servirea şi distribuirea hranei).
- Servicii medicale.
- Consiliere psihologică şi de informare atât a familiei cât şi asistaților privind problematica socială (probleme psihologice, probleme familiale).
- Activități cultural-educative şi de socializare.
- Implicare în activitățile comunității religioase din care face parte.

X. DORINȚELE PERSOANEI VÂRSTNICE EVALUATE - Să rămână la domiciliu.

XI. DORINȚELE ÎNGRIJITORILOR DIN REȚEAUA INFORMALĂ (RUDE, PRIETENI, VECINI).

Fiica beneficiarului consideră că cel mai bine este ca tatăl ei să fie îngrijit la domiciliu.

XII. OFERTA LOCALĂ DE SERVICII POATE ACOPERI URMĂTOARELE NEVOI IDENTIFICATE:

- Instituții cu regim de asistență temporară pot oferi servicii medicale generale şi de specialitate necesare afecțiunilor clientului;
- Serviciul public de asistență socială (Direcția de Asistență Comunitară)- oferă ajutor financiar pentru situații de urgență;
- Direcția Generală de Asistență Socială şi Protecția Drepturilor Copilului (DGASPC)- oferă servicii sociale pentru persoane adulte aflate în dificultate şi servicii de expertiza medicală;
- Casa Județeană de Pensii şi Alte Asigurări Sociale - oferă servicii de expertiza medicală şi obținerea pensiei de invaliditate;
- ONG-uri care să răspundă nevoilor beneficiarului, acestea oferă: servicii medicale, servicii de socializare, consiliere psihologică, consiliere juridică şi servicii de menaj.

XIII. CONCLUZII

Evaluarea sociomedicală a vârstnicului demonstrează gradul de dependență III A şi prin urmare necesită să fie îngrijit la domiciliu. Este vârstnic singur deoarece soția este plecată la muncă în străinătate. Clientul nu beneficiază de asigurare medicală, starea de sănătate este precară, se deplasează cu dificultate pe distanțe mici şi nu are venit propriu. Soția este cea care îl ajută financiar şi fiica îl ajută la desfăşurarea activităților de zi cu zi.

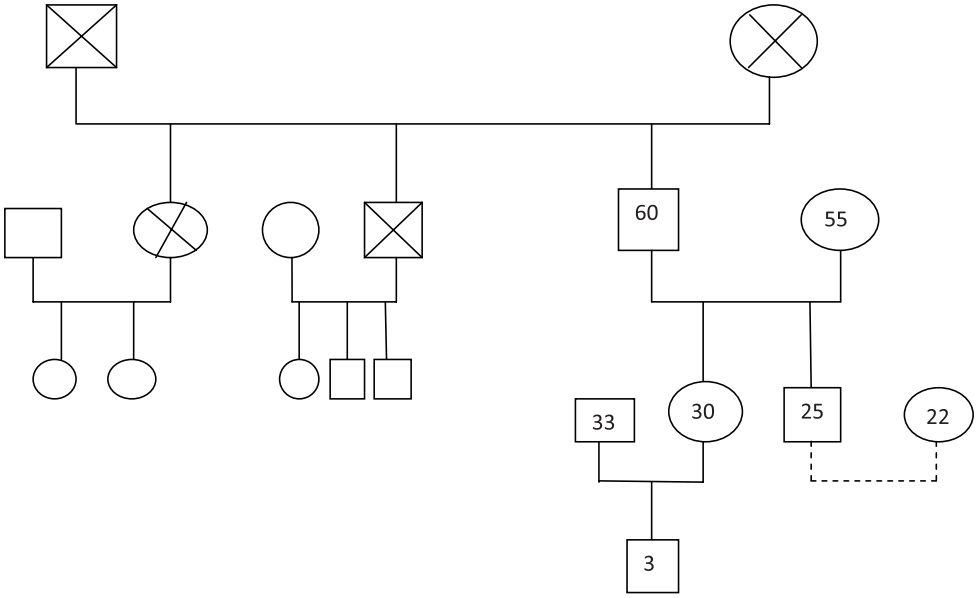
Clientul refuză să apeleze la vecini pentru realizarea cumpărăturilor sau alte servicii şi nu frecventează alte grupuri sociale. Clientul este vizitat ocazional de un prieten.

Persoana evaluată: Popovici Flavian Semnătura: _____
Familia:
Fiu/Fiica: Popescu Mădălina Semnătura: _____

XIV. ECHIPA DE EVALUARE

- Medic *(nume, prenume, specialitatea, unitatea la care lucrează, adresa, telefon, semnătura);*
- Asistent social *(nume, prenume, specialitatea, unitatea la care lucrează, adresa, telefon, semnătura);*
- Asistent social *(nume, prenume, specialitatea, unitatea la care lucrează, adresa, telefon, semnătura);*
- Alte persoane din echipa de evaluare *(nume, prenume, specialitatea, unitatea la care lucrează, adresa, telefon, semnătura).*

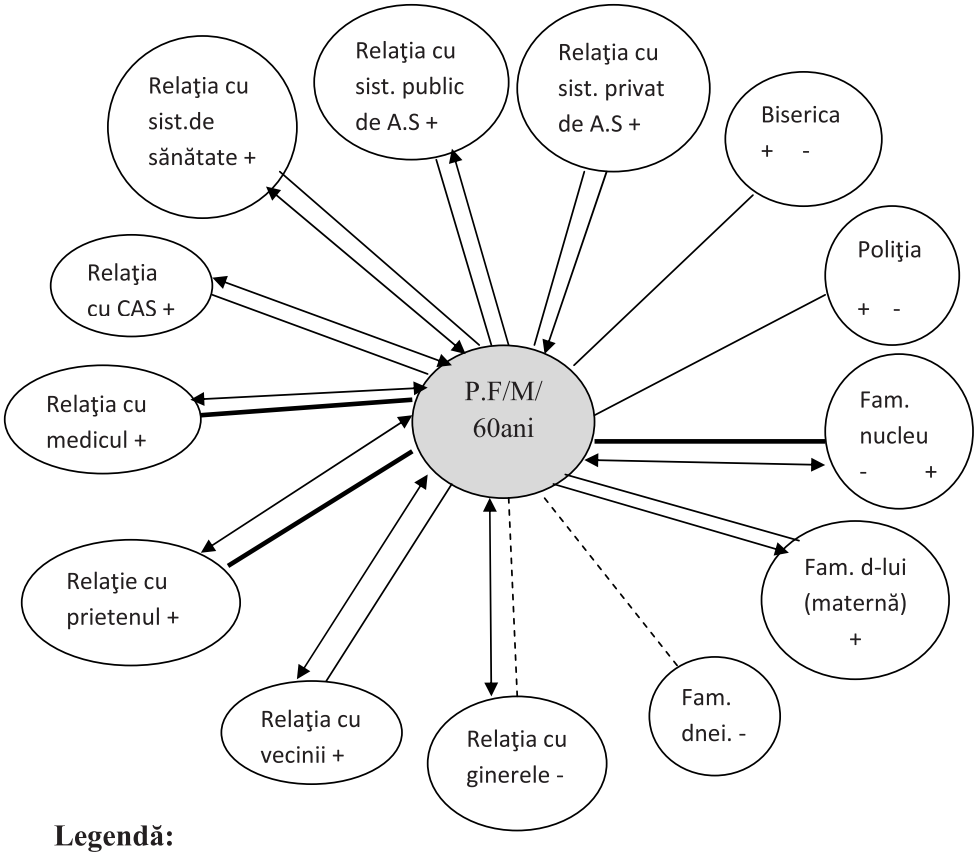
I.4.7. GENOGRAMA



Legendă:

- bărbat;
- femeie;
- bărbat decedat;
- femeie decedată
- relație tranzitorie (concubinaj)
- căsătorie

I.4.8. HARTA ECO


Relaţia cu sist.de sănătate +
Relaţia cu sist. public de A.S +
Relaţia cu sist. privat de A.S +
Biserica + -
Poliţia + -
Relaţia cu CAS +
Relaţia cu medicul +
P.F/M/ 60ani
Fam. nucleu - +
Relaţie cu prietenul +
Fam. d-lui (maternă) +
Relaţia cu vecinii +
Relaţia cu ginerele -
Fam. dnei. -

Legendă:

Relaţie echilibrată

Relaţie puternică

Relaţie stresantă

Relaţie unilaterală

Relaţie bilaterală

Relaţie încordată

\+ relaţie pozitivă

– relaţie negativă; + - relaţie neutră.

I.4.9. ANALIZA CÂMPULUI DE FORȚE[22]

(+) **Forțe pozitive** →	(-) **Forțe negative** ←
- Ajutor financiar din partea soției și a fiului în caz de urgență; - Implicarea fiicei în activitățile administrative și gospodărești; - Fiica îl vizitează constant, de minimum 2 ori pe săptămână; - Este vizitat de un prieten; - Deține locuință proprietate personală; - Relație bună cu medicul de familie; - Merge periodic la consultații medicale; - Se deplasează pe distanțe mari însoțit și cu mijloc de transport; - Implicarea specialiștilor din cadrul ONG; - Implicarea specialiștilor de la Direcției de Asistență Comunitară în oferirea unui sprijin material în caz de urgență; - Internarea în spital pentru investigații medicale; - Obținerea pensiei de invaliditate.	- Situație materială precară; - Nu realizează niciun venit propriu; - Nu beneficiază de prestații și asigurări sociale; - Vârstnic singur; - Soția este plecată în Italia; - Climat familial tensionat cu soția și ginerele său; - Locuința nu are încălzire, este utilată modest și nu este adaptată nevoilor beneficiarului; - Necesită noi consultații de specialitate; - Nu are asigurare medicală; - Se deplasează cu dificultate cu ajutorul cârjelor pe distanțe mici; - Apariția unor evenimente care necesită o sumă de bani consistentă; - Apariția unor neînțelegeri cu fiica; - Apariția unor noi responsabilități care să intervină în aplicarea planului; - Imposibilitatea soției să susțină financiar beneficiarul; - Apariția unor noi probleme medicale; - Îngreunarea procesului de obținere a unor drepturi de asigurări sociale.

Concluzii ale analizei câmpului de forțe[23]

[22] Un alt instrument de analiză strategică, flexibil și ușor de aplicat este analiza SWOT. Aceasta permite evaluarea mediului pentru identificarea punctelor forte și a punctelor slabe, a posibilităților și a riscurilor. Scopul analizei SWOT este de a realiza un plan strategic sau de a găsi o soluție la o problemă, luând în considerare factorii interni și externi (Pivniceru și Luca, 2007, p.60).

[23] Analiza câmpului de forțe se realizează pentru structurarea resurselor clientului și pentru transformarea punctelor slabe în forțe generatoare de progres. Acestea se identifică astfel încât să fie

În tabelul câmpului de forțe realizat pentru dl. Flavian se poate observa cum forțele negative (problemele: financiare, sociale, medicale, psihologice și juridice) sunt contracarate de forțele pozitive (resurse: ajutor financiar din partea soției și a fiului, implicarea fiicei în activitățile zilnice, socializare cu un prieten, existența medicului de familie, implicarea specialiștilor din domeniul social) pentru prevenirea marginalizării sociale a clientului și reintegrarea sa socială cu scopul îmbunătățirii calității vieții.

I.4.10. MATRICEA CICLULUI DE VIAȚĂ

	Vârsta membrilor familiei									
Membrii familiei	0 - 1	2 - 4	5 - 7	8 - 12	13 -17	18 -22	23 -34	35 - 60	61 -75	76-85
P.F. (client)								X_r^n		
P.M. (soție)								X_r^n		
P.M. (fiică)							X_r^n			
P.I (fiu)							X_r^n			
P.C. (ginere)							X_r^n			
P.V. (nepot)		X_r^n								

Legendă:
X – stadiul de dezvoltare
n – nevoi
r – resurse

P.F. (client) (35 - 60)

- nevoi: financiare, materiale, socializare, afecțiune, medicale, sprijin în efectuarea activităților de menaj și prepararea hranei;
- resurse: soția, copii, familia extinsă (ginere), servicii sociale, servicii medicale.

mobilizate în vederea rezolvării problemei/ problemelor. Tabelul câmpului de forțe se poate modifica în timp, pe măsură ce se înregistrează schimbări în rezolvarea cazului.

P.M. (soție) (35 - 60)
- nevoi: financiare, medicale, realizare;
- resurse: un loc de muncă în străinătate;

P.M. (fiică) (23 -34)
- nevoi: financiare, suport moral, afecțiune, realizare, timp cu familia ei;
- resurse: familia, cercul de prieteni, servicii sociale, servicii medicale, serviciu;

P.I. (fiu) (23 -34)
- nevoi: financiare, suport moral, afecțiune, realizare;
- resurse: familia, cercul de prieteni, servicii sociale, servicii medicale, lucrează în străinătate, iubita sa;

P.C. (ginere) (23 -34)
- nevoi: financiare, suport moral, afecțiune, realizare, timp cu familia ;
- resurse: familia, cercul de prieteni, servicii sociale, servicii medicale, serviciu;

P.V. (nepot) (2-4)
- nevoi: materiale, educație, alimentație, timp cu părinții, timp cu bunicii, timp cu grupul de egali, afecțiune, medicale ;
- resurse: familia, cercul de prieteni al părinților, servicii sociale, servicii medicale, instiuții cu profil educativ, alocația pentru creșterea copilului.

I.4.11. PLAN INDIVIDUALIZAT DE ÎNGRIJIRE ŞI ASISTENȚĂ (PIIA)

Data realizării/ revizuirii : 29.06.2009
Nr. de înregistrare al cazului: 73/19.06.2009

A. DATE DESPRE CAZ

- Numele şi prenumele beneficiarului: Popovici Flavian
- Data naşterii: 01.04.1949 Vârsta: 60 ani CNP: 1490104xxxxx1
- Reprezentantul legal şi gradul de rudenie: Nu necesită reprezentant legal
- Adresa: Str. Florilor nr.2, bl. C1, sc. A, et. 8, ap. 2, Iaşi
- Motivul întocmirii/ revizuirii planului de servicii: Prevenirea marginalizării sociale a vârstnicului şi reintegrarea socială a acestuia cu scopul îmbunătățirii calității vieții conform Lg. 17/2000
- Managerul de caz care asigură coordonarea metodologică a responsabilului de caz: (nume și prenume)
- Responsabil de caz: (nume și prenume)
- Membrii echipei şi instituția din care provin: (nume și prenume)

B. PRESTAȚII

Tipul	Cuantumul/ cantitatea	Autoritatea locală/ Instituția/ ONG	Data începerii	Perioada de acordare
Sprijin material pentru alimente sub formă de tichete sociale	400 Lei	Asociația Alternative Sociale	02.07.2009	O singura dată

C. SERVICII PENTRU BENEFICIAR

Tipul	Instituția responsabilă	Obiective specifice	Data începerii	Perioada de desfăşurare	Persoana responsabilă
Consiliere psihologică	Asociația Alternative Sociale	Consiliere pentru depăşirea stării de depresie.	25.06.2009	25.06.2009 19.09.2009	Psiholog _____
Intermedierea relației fiică-client	Asociația Alternative Sociale	Acceptarea ajutorului din partea fiicei.	22.06.2009	Iunie-octombrie 2009	Asistent social _____
Intermedierea relațiilor cu Serviciul public de Asistență Socială	Asociația Alternative Sociale	Obținerea unui ajutor financiar pentru obținerea asigurării medicale temporare.	22.06.2009	Iunie-octombrie 2009	Asistent social _____

Consiliere juridică	Cabinet de avocați	Consiliere juridică în vederea obținerii pensiei de invaliditate sau alte drepturi de asigurări sociale.	25.06.2009	Iunie - octombrie 2009	Jurist _____
Sănătate	Asociația Alternative Sociale Medicul de familie	Informarea fiicei și a clientului cu privire la demersul obținerii asigurării de sănătate. Internarea clientului în spital pentru noi investigații medicale de specialitate.	20.07.2009	Iulie - octombrie 2009	Asistent social _____ Medic de familie _____
Socializare	Asociația Alternative Sociale	Vizite săptămânale din partea unui voluntar.	26.07.2009	26.07.2009-19.09.2009	Coordonator voluntari _____ Asistent social _____

OBSERVAȚII legate de îndeplinirea obiectivelor:

- Disponibilitatea beneficiarului de a colabora ne ușurează îndeplinirea acestor obiective.
- Îndeplinirea obiectivelor propuse va fi influențată de starea de sănătate a beneficiarului.
- Posibilitatea întârzierii atingerii obiectivelor datorită faptului că se lucrează cu instituții a căror proceduri necesită un timp legal de soluționare a cererilor.
- Există resursele financiare și umane necesare bunei implementări a obiectivelor.
- Există susținere din partea familiei pentru atingerea obiectivelor.

Responsabil de caz *(numele și prenumele în clar și semnătura):*

Membrii echipei *(numele și prenumele în clar și semnătura):*

I.4.12. PROGRAMUL ŞI ORARUL ACTIVITĂȚILOR DESFĂŞURATE LA DOMICILIUL BENEFICIARULUI

Activitate	**Interval orar**	**Persoană responsabilă**	**Perioada desfăşurării** Săptămâna 10 august-16 august 2009						
			L	**M**	**M**	**J**	**V**	**S**	**D**
Consiliere psihologică	10:00- 11:00	Psiholog, _____							
Vizite din partea voluntarului	14:00-16:00	Coordonator voluntari, _____							
Activități administrative (curățenie, gătit, spălat haine)	11:00-14:00	Fiica beneficiarului, _____							
Vizită la medicul de familie	15:00-16:00	Fiica beneficiarului, _____							

Data: 07.08.2009

Manager caz *(numele şi prenumele în clar şi semnătura):*

Responsabil de caz *(numele şi prenumele în clar şi semnătura):*

Beneficiar *(numele şi prenumele în clar şi semnătura):*

I.4.13. FIȘĂ DE EVIDENȚĂ A ADMINISTRĂRII MEDICAȚIEI *

Luna	Ziua	Da/ Nu*(2)	Medicament	Responsabilul administrării medicației	Semnătura responsabilului
Săpt.1* (1)	Luni		Insulină	Beneficiarul Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Marți		Insulină	Beneficiarul Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Miercuri		Insulină	Beneficiarul Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
	Joi		Furosemid	Beneficiarul Fiica beneficiarului	
			Insulină		
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Vineri		Insulină	Beneficiarul Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Sâmbătă		Insulină	Beneficiarul Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		
			Ketonal		
			Furosemid		
	Duminica		Insulină	Beneficiarul Fiica beneficiarului	
			Tertensif		
			Bilobil		

* Fișa de evidență a administrării medicației se întocmește atât pentru beneficiarii care își pot administra singuri medicația cât și pentru cei care necesită asistență în acest sens.

***(1)** Evidența administrării medicației este valabilă pentru fiecare săptămână a lunii.

***(2)** Dacă medicamentul este administrat în ziua respectivă, se va haşura căsuța corespunzătoare.

I.4.14. PROGRAM INDIVIDUALIZAT DE RECUPERARE (PIR)

Obiective	Activități	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă
Recuperarea mobilității beneficiarului	Tratament kinetoterapeutic. Gimnastică medicală.	25.06.2009-19.07.2009 25.06.2009-19.09.2009	Personalul specializat
Adaptarea condițiilor de locuit conform nevoilor vârstnicului	Îndepărtarea pragurilor de la ușile interioare ale apartamentului. Adaptarea mobilierului din camera clientului: modificarea patului pentru a se putea ridica mai ușor; dotarea mesei cu rotile pentru a fi mutată mai ușor. Modificarea băii pentru evitarea riscului de accidente: instalarea unei cabine de duș; instalarea unui suport metalic.	25.06.2009-19.09.2009	Beneficiarul Fiica beneficiarului Soția beneficiarului Firma contractată
Creșterea mobilității în exteriorul locuinței	Achiziționarea unui fotoliu rulant.	25.06.2009-19.12.2009	Beneficiarul Fiica beneficiarului Soția beneficiarului Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Data: 23.06.2009

Manager caz *(numele şi prenumele în clar şi semnătura)*

Responsabil de caz *(numele şi prenumele în clar şi semnătura)*

I.4.15. PROGRAM DE INTEGRARE SOCIALĂ

Nr. înregistrare caz: 73/19.06.2009
Numele şi prenumele beneficiarului: Popovici Flavian
Responsabil de caz: (nume și prenume)

Activitate(ți)	Instituția responsabilă	Obiective specifice	Data începerii	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă
Petrecere vârstnici	Asociația Alternative Sociale	Împărtășirea experienței de viață cu ceilalți beneficiari. Interacțiunea cu persoane de aceeași vârstă în vederea depășirii situației de dificultate.	18.12.2009	18.12.2009	Asistent social _____
Vizite ale voluntarilor	Asociația Alternative Sociale	Interacțiunea cu persoane tinere pentru socializare.	26.07.2009	26.07.2009-19.09.2009	Coordonator voluntari _____ Asistent social _____
Alte activități	Asociația Alternative Sociale	Identificare de activități culturale și campanii gratuite la care vârstnicul dorește să participe.	26.07.2009	26.07.2009-19.09.2009	Coordonator voluntari _____ Asistent social _____

Această anexă a fost întocmită în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte, în urma consimțământului beneficiarului.

Data: 29.06.2009 Semnătură responsabil de caz: Semnătură beneficiar:

I.4.16. DECIZIE DE SISTARE A SERVICIILOR

Prin prezenta, Asociația Alternative Sociale cu sediul în Iași, (adresa), prin (nume și prenume), în calitate de asistent social, responsabil de caz, vă aduce la cunoștință faptul că va fi sistată acordarea de servicii psihosociale pentru beneficiarul Popovici Flavian, nr. de înregistrare al cazului: 73/19.06.2009, conform detaliilor următoare:

Data sistării serviciilor: 19.09.2009.

Motivul sistării serviciilor:

- Atingerea obiectivelor propuse împreună cu clientul în planul de servicii;
- Acordare sprijin material în tichete sociale cu o valoare de 400 lei;
- Consiliere psihologică;
- Intermedierea relațiilor cu Direcția de Asistență Comunitară nu a avut ca rezultat obținerea sprijinului financiar de urgență deoarece domnul primește o sumă de bani lunar din partea soției;
- Obținerea asigurării medicale;
- Internare spital;
- Consiliere juridică în vederea obținerii pensiei de invaliditate sau a altor drepturi de asigurări sociale;
- Realizarea dosarului pentru pensia de invaliditate;
- Activități de socializare.

Această decizie a fost întocmită în două exemplare, câte una pentru fiecare parte.

Data: 19.09.2009 Semnătură responsabil caz: Semnătură beneficiar:

I.4.17. FIȘĂ DE ÎNCHIDERE A CAZULUI

Subsemnatul(a), (nume și prenume), în calitate de asistent social, responsabil de caz, propun spre închidere cazul Popovici Flavian, beneficiar de servicii psihosociale pentru persoane vârstnice.

Clientul a beneficiat de următoarele servicii:

- A fost sprijinit pe o perioadă de 3 luni, timp în care a primit ajutor financiar constând în: tichete sociale în valoare de 400 Ron;
- Consiliere pentru: depășirea stării de depresie;
- Consiliere juridică: pentru obținerea pensiei de invaliditate sau alte drepturi de asigurări sociale;
- Intermediere: Direcția de Asistență Comunitară pentru obținerea ajutor în situație de urgență – nu s-a realizat deoarece domnul nu a îndeplinit criteriile de acordare;
- Alte servicii: Socializare – vizite săptămânale din partea unui voluntar al Asociației Alternative Sociale.

Cazul este închis din următoarele motive:

■ Atingerea obiectivelor - persoana vârstnică va fi monitorizată timp de 3 luni
□ Renunțarea clientului
□ Referirea către servicii similare
□ Necooperarea clientului
□ Schimbarea domiciliului legal al clientului
□ Alte situații – nu este cazul

Persoana de contact pentru urmărirea evoluției vârstnicului: Popescu Mădălina
Adresa de contact: Str. Narciselor nr.3, Bl. C, Sc. A, Et.3, ap.2, Iași
Tel: 0332/ 761xxx; Fax: – nu este cazul; Mobil: – nu este cazul;
E-mail: – nu este cazul.

Data închiderii cazului: 19.09.2009
Asistent social, responsabil de caz: *(nume și prenume)* Semnătura:

Supervizor: *(nume și prenume)* Semnătura:

I.4.18. FIŞĂ DE MONITORIZARE

Număr de înregistrare al cazului: 73/19.06.2009
Nume: POPOVICI Prenume: FLAVIAN
Data începerii asistenței: 19.06.2009
Data sistării asistenței: 19.09.2009

Observații referitoare la evoluția cazului:
În urma vizitei de monitorizare la domiciliul clientului s-au constatat următoarele lucruri:

- Clientul locuieşte tot singur şi este vizitat în continuare de fiica sa;
- A obținut pensia de invaliditate 500 Ron;
- Cu ajutorul fiicei şi susținut financiar de soția sa a fost întocmit dosarul pentru fotoliu rulant electric prin intermediul Casei de Asigurări de Sănătate;
- În urma achiziționării fotoliului rulant domnul efectuează singur cumpărăturile, plătește utilitățile, se deplasează la instituții pentru a-şi soluționa unele probleme şi era mulțumit pentru că reuşeşte singur să efectueze aceste lucruri;
- Socializare - după ce a obținut fotoliul rulant clientul a început să meargă în vizită la prietenul său;
- Starea de sănătate - s-a constat înrăutățirea stării de sănătate prin agravarea afecțiunilor legate de membrele inferioare şi sistemul muscular, dar urmează medicația prescrisă şi merge la medicul specialist;
- Relația cu soția - din declarațiile acestuia nu s-au îmbunătățit dar soția contribuie financiar cu bani pentru întreținere domnului deşi acesta are venit propriu;
- Relația cu fiica - este pozitivă;aceasta este în continuare persoana resursă pentru beneficiar cu specificația că beneficiarul îşi plătește din facturi şi mai face mici cumpărături pe care le efectua ea înainte ca acesta să aibă fotoliul rulant;
- Relația cu fiul - este pozitivă, menținută telefonic, de aproximativ 3 ori pe lună.

Propuneri: Închiderea cazului deoarece obiectivele planului de intervenție au fost atinse şi evoluția vârstnicului este bună, cu excepția stării de sănătate care nu poate fi schimbată dar poate fi ținută sub control.

Data: 15.10.2009
Responsabil caz: *(nume şi prenume)*
Semnătura:

BIBLIOGRAFIE:

1. Achenbaum, W. & Bengtson, V., „Re-engaging the disengagement theory of aging: On the history and assessment of theory development in gerontology", în The Gerontologist, nr. 34 (6), 1994;
2. Beresford, P. & Croft, S., Citizen involvement. A Practical Guide for Change, Macmillan Press LTD., Houndmills, 1993;
3. Blau, P., Exchange and power in social life, John Wiley and Sons, New York, 1964;
4. Cox, E., „Empowerment of low income elderly through group social work", în Social work in groups, nr. 39, 1988;
5. Cumming, E. & Henry, W., Growing old. The Process of Disengagement, Basic Books, New York, 1961;
6. Cumming, E., „Further thought on the theory of disengagement", în International Social Science Journal, nr. 15, 1963;
7. Cumming, E., „Engagement with old theory", în Aging and Human Development, nr. 6, 1975;
8. Dowd, J., Stratification among the aged, Brooks Cole, Monterey, 1980;
9. Epstein, L., Helping People. The Task Centred Approach, OH: Merrill, Columbus, 1988;
10. Estes, C. & Binney, E., „The biomedicalization of ageing: Dangers and dilemmas", în The Gerontologist, nr. 29, 1989;
11. Gîrleanu-Șoitu, D. T. & Rădoi-Ciurlică, M., Sisteme de acțiune socială, Editura Fundației Academice AXIS, Iași, 2008;
12. Gîrleanu-Șoitu, D.T., Vârsta a treia, Editura Institutul European, Iași, 2006;
13. Goldman, A.I., A Theory of Human Action, NJ: Pretince Hall, Englewood Cliffs, 1970;
14. Gubrium, J., The myth of golden years: A socio-environmental theory of aging, Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1973;
15. Gutierrez, L. DeLois, K. & GlenMaye, L., „Understanding empowerment practice: Building on practitioner based knowledge", în Families in Society, nr. 76, 1995;
16. Hagestad, G. & Neugarten, B., „Age and the life course", în Binstock, R. & Shanas, E., (ed.), Handbook of aging and social sciences, Second edition, Van Nostrand, New York, 1985;
17. Havighurst, R., „Personality and patterns of aging", în The Gerontologist, nr. 8, 1968;
18. Hendricks, J. & Hendricks, C., Aging in mass society: Myths and realities, Mass. Winthrop, Cambridge, 1981;
19. Homans, G., Social behavior: Its elementary forms, Houghton Mifflin Harcourt, Brace and World, New York, 1961;

20. Hooyman, N. & Kiyak, A., Social Gerontology. A multidisciplinary perspective, Fourth edition, Allyn and Bacon, Boston, 1996;
21. Irimescu, G. , Tehnici specifice în asistența socială, Ed. Universității „Al. I. Cuza", Iași, 2002;
22. Jack, R., Empowerment in Community Care, Chapman and Hall, Londra, 1995;
23. Kahana, E., „A congruence model of person-environment interaction", în Lawton, M.P., Theory development in environments and aging, Wiley, New York, 1975;
24. Kiyak, H., „A multidimensional perspective on privacy preferences of institutionalised elderly", în Rogers, W. & Ittelson, W. (coord.), New directions in environmental design research, University of Arizona Press, Tempe, 1978;
25. Kuypers, J. & Bengtson, V., „Social breakdown and competence: A model for normal aging", în Human Development, nr. 16, 1973;
26. Lawton, M. & Nahemow, L., „Ecology and the aging process", în C. Eisdorfer & Lawtn, M. (coord.), Psychology of adult development and aging, APA, Washington, 1973;
27. Lee, D. & Markides, K., „Activity and mortality among aged persons over an eight year period", în Journal of Gerontology, nr. 45, 1990;
28. Lemon, B., Bengtson, V. & Peterson, J., „Activity types an life satisfaction in a retirement community", în Journal of Gerontology, nr. 27, 1972;
29. Lewin, K., Field theory in Social Science, Harper and Row, New York, 1951;
30. Maddox, G., „Lives through the years revisited", în The Gerontologist, nr. 34 (6), 1994;
31. Martin, J., „Power, dependence, and the complaints of the elderly: A social exchange perspective", în Aging and Human Development, 1971;
32. Miftode, V., Fundamente ale asistenței sociale, Ed. Eminescu, București, 1999;
33. Miftode, V., Tratat de asistență socială. Fundamente teoretice și metodologice, Ed. Fundației AXIS, Iași, 2003;
34. Miftode, V., Tratat de metodologie sociologică, Ed. Lumen, Iași, 2003;
35. Miftode, V., Sociologia populațiilor vulnerabile. Teorie si metodă, Ed. Universității „Al.I.Cuza", Iași, 2004;
36. Milner, J. & O'Byrne, P., Assessment tin Social Work, Macmillan, Londra, 1998;
37. Murray, H.A., Explorations in Personality, Oxford University Press, New York, 1938;
38. Neamțu, G., Tratat de asistență socială, Ed. Polirom, Iași, 2003;
39. Neamțu, G. & Stan D., Asistența socială, Ed. Polirom, Iași, 2005;
40. O'Hagan, B., „Efficiency, enrichment and empowerment", în Journal of

Community Education, vol. 6, nr. 1, 1987;
41. Oliver, M., Understanding Disability: From Theory to Practice, Macmillan, Londra, 1996;
42. Palmore, E., „Predictor of successful of aging", în The Gerontologist, nr. 19, 1979;
43. Parad, H.J., Crisis Intervention: Selected readings, FSA of America, New York, 1965;
44. Parsons, R.J., „Empowerment: Purpose and practice principles in social work", în Social. Work with Groups, no.14, 1991
45. Payne, M., Modern social work theory, Palgrave MacMillan, 1997;
46. Pivniceru, M.M. & Luca, C., Elemente de management judiciar, Editura Hamangiu, București, 2007;
47. Raymond, J. (Ed.), Empowerment in community care, Chapman & Hall, London,1995;
48. Rădulescu, S., Sociologia vârstelor, Ed. Hyperion, Bucureşti, 1994;
49. Reid, W.J., The Task-centred System, Columbia University Press, New York, 1978;
50. Riley, M., „Social gerontology and the age stratification of society", în The Gerontologist, nr. 11, 1971;
51. Riley, M., Johnson, J. & Foner, A., Aging and society: A sociology of age stratification, Vol. 3, Russell Sage Foundation, New York, 1972;
52. Rose, A. & Peterson, W., Older people and their social worlds, F.A. Davis, Philadelphia, 1965;
53. Rothman, J. & Thomas, E.J. (ed.), Intervantion Research. Design and Development for Human Service, The Haworth Press, Inc., New York, 1994;
54. Schwartz, A. & Mensh, I., Professional obligations and approaches to the aged, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1974;
55. Sinnott, J., „Sex-role inconstancy, biology, and successful aging: A dialectical model", în The Gerontologist, nr. 17, 1977;
56. Smale, G., Tuson, G. & Statham, D., Social work and social problems. Working towards Social Inclusion and Social Change, Macmillan Press Ltd., Houndmills, UK, 2000;
57. Stern, G., „Student Ecology and the college environment", în Journal of Medical Education, nr. 40, 1965;
58. Thompson, N., Theory and Practice in Health and Social Welfare, Open University Press, Buckingham, 1995;
59. Thompson, N., Anti-Discriminatory Practice, Macmillan, Londra, 1993;
60. Williams, R. & Wirths, C., Lives through the years, Atherton Press, New York, 1965;

61. World Vision Romania, Manual de bune practici în asistența socială comunitară, Iași, 2003;
62. Wright, K., Haycox, A. & Leadman, I., Evaluating Community Care Services for People with Learning Difficulties, Open University Press, Buckingham, 1994.

LEGISLAȚIE:

1. Hotărârea Guvernului nr.886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.507 din 16 octombrie 2000;
2. Hotărârea Guvernului nr.1317 din 27 octombrie 2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.997 din 10 noiembrie 2005;
3. Legea nr.17 din 6 martie 2000, privind asistența socială a persoanelor vârstnice republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.157 din 6 martie 2007, cu modificările și completările ulterioare;
4. Legea nr.554 din 2 decembrie 2004 a contenciosului administrativ, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 1154 din 7 decembrie 2004, cu modificările și completările ulterioare;
5. Ordinul nr.180 din 27 mai 2003 al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei pentru aprobarea Grilei de evaluare medico-socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.382 din 3 iunie 2003;
6. Ordinul nr.246 din 27 martie 2006 al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.637 din 24 iulie 2006;
7. Ordinul nr.288 din 6 iulie 2006 al secretarului de stat al Autorității Naționale pentru Protecția Drepturilor Copilului pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecției drepturilor copilului, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.637 din 24 iulie 2006;
8. Ordonanța Guvernului nr.68 din 28 august 2003 privind serviciile sociale, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.619 din 30 august 2003.

CAP.II. ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

„ Copilul râde:
« Înțelepciunea şi iubirea mea e jocul».
Tânărul cântă:
« Jocul şi înțelepciunea mea e iubirea.»
Bătrânul tace:
«Iubirea şi jocul meu e înțelepciunea.»"
(Blaga, 2008, p. 37)

Idealizată şi respectată sau considerată o perioadă fragilă a vieții (Șchiopu şi Verza, 1997, p.330), vârsta a treia a fost studiată pluridisciplinar, existând contribuții importante de natură psihologică, ce au fost corelate cu cercetarea inevitabilului regres fiziologic. Îmbătrânirea este un proces care are loc şi la nivel psihologic, fiind o modificare calitativă a structurilor personalității umane, ca urmare a deteriorării funcțiilor cerebrale, ce stau la baza vieții psihice (Gal, 2001, p.64). Această transformare are loc sub influența factorilor de natură internă, intrinseci, precum şi a celor externi, reprezentați de mediul sociocultural şi de evenimentele de viață ale individului.

Abordarea stării psihice a vârstnicilor este un demers complex, care face parte din procesul de asistență a acestora. Intervenția pornește în primul rând de la observarea provocărilor specifice etapei de viață, cărora persoanele vârstnice trebuie să le facă față. Pe măsură trecerii spre bătrânețe, indivizii se îndreaptă de la dependență - câştigată în prima jumătate a vieții - spre interdependență şi chiar dependență. De asemenea, o parte dintre vârstnici se confruntă cu apariția unor tulburări psihologice specifice, care necesită investigații şi evaluare.

Psihologii, dar şi alte persoane implicate în domeniul social şi al sănătății mentale, trebuie să cunoască transformările pe care vârstnicii le trăiesc şi obstacolele principale pe care le au de înfruntat. Specialiştii în asistența psihologică au rolul de a sprijini persoanele de vârsta a treia în trăirea acestei etape de viață cu demnitate şi de a optimiza starea lor psihică (Crose, 2003, p. 280).

Asistența psihologică a persoanelor de vârsta a treia îşi găseşte rădăcinile într-un cadru teoretic amplu, care îşi propune înțelegerea bătrâneții din perspectiva modificărilor ce survin la nivel psihic odată cu înaintarea în vârstă. Principalele teorii explicative sunt prezentate în secțiunea 2.1. a acestui capitol, pentru creionarea limitelor în care vârsta a treia trebuie abordată.

Intervenția psihologică propriu-zisă, structurată pe modelele teoretice pe care le vom trece în revistă, va fi descrisă din prisma elementelor sale principale, pornind de la evaluarea psihologică (prezentată în secțiunea 2.2.) şi continuând

cu posibile teme de consiliere (dezvoltate în subcapitolul 2.3.). Acestea pot fi ilustrate printr-o serie de instrumente specifice de lucru, care vor fi prezentate în secțiunea 2.5. a capitolului și vor cuprinde:

- **contractul de consiliere**, ca angajament între psiholog și client (anexa 18);
- **raportul de evaluare psihologică,** care conține datele principale sintetizate în urma finalizării evaluării psihologice (anexa 19);
- **raportul de întrevedere pentru consiliere psihologică**, care este o prezentare a conținutului ședinței de consiliere (anexa 20);
- **fișa individuală de consiliere a clientului**, cu informații privind obiectivele și modul de desfășurare a ședințelor (anexa 21).

Pornind de la un cadru teoretic bine definit , asistența psihologică a vârstnicilor trebuie să se concretizeze într-o intervenție psihologică ce va lărgi limitele consilierii clasice. Demersul de asistență va muta practica psihologică și în afara cabinetului de consiliere, astfel încât psihologul să fie implicat în toate domeniile vieții vârstnicului, pe care le va integra în procesul de consiliere (*Ibidem*).

II.1. TEORII PSIHOLOGICE

II.1.1. Provocările vârstei a treia

Îmbătrânirea este un proces care are loc și la nivel psihologic, fiind o modificare calitativă a structurilor personalității umane, ca urmare a deteriorării funcțiilor cerebrale, ce stau la baza vieții psihice (Gal, 2001, p.64). Această transformare are loc sub influența factorilor de natură internă, intrinseci, precum și a celor externi, reprezentați de mediul sociocultural și de evenimentele de viață ale individului.

Vârsta a treia acoperă o perioadă de lungă durată din viața umană, ceea ce presupune problematici psihologice distincte pentru fiecare etapă a sa. Limitele care delimitează aceste stadii, precum și care separă vârsta adultă de bătrânețe variază cultural și nu pot fi trasate clar (Șchiopu și Verza, 1997, p.344). Vom aminti cele trei etape acceptate în mod clasic: cea a trecerii spre bătrânețe (de la 65 de ani la 75 de ani), cea a bătrâneții medii (de la 75 de ani la 85 de ani) și cea a marii bătrâneți - după 85 de ani.

Teoriile psihologice despre bătrânețe contestă generalizarea creată de utilizarea îndelungată a unor stereotipuri. Modelele psihologice sugerează că, pe măsură ce înaintăm în vârstă, devenim din ce în ce mai diferențiați ca personalitate, deoarece experiențele noastre de viață se cumulează în moduri specifice, particulare (Antonuci *et al*., 2000, p.80). Punerea în discuție a vârstei a treia din

punct de vedere psihologic trebuie deci să țină cont de diversitatea experiențelor de viață ale indivizilor.

În sprijinul acestei perspective vine și teoria lui Baltes (1978), care consideră personalitatea ca sinteză a trei tipuri de factori, după cum urmează:

- **ai categoriei de vârstă, aceştia fiind determinanți care se asociază cu vârsta biologică**, asupra cărora individul nu poate interveni;
- ai perioadei istorice, cunoscuți și ca efect de cohortă;
- ai istoriei personale, constând în influențe nenormative, care țin de autobiografie și sunt de natură particulară, individuală.

La vârsta a treia se constată o influență puternică a factorilor categoriei de vârstă și a celor nenormativi, bătrânirea devenind astfel un „proces de individualizare" (Fontaine, 2001, p.97).

Asistența psihologică a persoanelor de vârsta a treia este, așadar, bazată pe înțelegerea individualității acestora, a provocărilor specifice fiecărei etape de vârstă, a contextului social în care persoanele trăiesc, precum și a modului în care persoana se adaptează transformărilor inerente înaintării în vârstă.

Cu toate că problemele acestei etape sunt variate și diferă situațional, există o serie de evenimente și contexte comune vârstnicilor, care presupun modalități specifice de adaptare psihologică.

a. La nivel biologic vârsta a treia presupune o degradare treptată, în diferite proporții, a funcțiilor organismului și o serie de tulburări medicale variate, deseori cronice și posibil imobilizante. În timp și în diferite grade, persoana vârstnică trebuie să se adapteze la pierderea progresivă a puterii fizice și la inabilitatea de a realiza sarcini pe care înainte le putea finaliza cu ușurință. Declinul biologic poate duce la dependența de alții și poate determina gânduri ce vizează neputința, teama, anxietatea, neajutorarea, dar și preocupări excesive față de propria sănătate.

b. La nivel ocupațional vârsta a treia se suprapune deseori pensionării, cu toate că ultimele decenii au impus o tendință de creștere a vârstei la care survine momentul retragerii din activitatea profesională. Încheierea preocupărilor legate de muncă și profesie poate fi resimțită ca inacceptabilă de persoanele active, care nu găsesc un substitut care să le ocupe timpul. Aceste persoane pot trăi impresia acută a inutilității familiale, civice sau sociale. Dacă nu este gestionată corect, trecerea poate fi asociată cu apariția depresiei, cu manifestări clinice specifice. Relațiile de cuplu bune, creșterea nepoților sau preocuparea pentru anumite hobby-uri pot facilita tranziția vârstnicului spre perioada de pensie și pot constitui chiar o formă de înlocuire a vieții profesionale[24].

c. La nivel familial vârsta a treia, cel puțin în prima ei parte, poate constitui un context favorabil pentru redescoperirea relațiilor familiale: relația cu partenerul de viață, cu proprii copii deveniți adulți și cu nepoții, atunci când

[24] http://www.e-psiho.ro/introducere-in-consilierea-persoanelor-varstnice, accesat la data de 30 martie 2010.

de educația acestora se ocupă și bunicii. De asemenea, relația de cuplu poate presupune și parcurgerea fazelor doliului, precum și adaptarea la viața de unul singur, atunci când intervine decesul unuia dintre parteneri.

d. La nivelul relațiilor sociale se poate constata ambivalența persoanelor vârstnice. Pe de o parte, acestea au dorința de a petrece timp cu persoanele semnificative din viața lor, de a menține contactele sociale dobândite de-a lungul vieții și de a fi activi, iar pe de alta, de a nu mai fi angajați social (Gal, 2001, p. 65).

e. La nivel spiritual persoanele vârstnice au interese ce țin de finalul inevitabil al vieții și de aceea se pot intensifica preocupările religioase. Teama de moarte, nesiguranța cu privire la viitor, anxietatea cauzată de o posibilă scădere a puterii fizice și mentale pot determina o apropiere a persoanelor vârstnice de practici religioase, în care vârstnicii găsesc resursele necesare pentru a parcurge această etapă a vieții.

II.1.2. Teorii psihologice despre vârsta a treia

Natura modificărilor care survin la vârsta a treia, dar și posibile modalități de gestionare a acestora au fost explicate psihologic prin câteva direcții teoretice majore:

a. perspectiva *life span-ului*, de inspirație psihanalitică, propusă de Carl Jung în anul 1933 și completată cu noi fațete prin modelul conceput Laura Carstensen în 1993, al selectivității socioemoționale;

b. abordarea psihosocială, prin cercetările desfășurate de Eric Erickson în 1982, prin studiile lui Jane Loevinger în 1976, ale lui Daniel Levinson în anul 1978, precum și prin cercetările lui Bernice Neugarten în anul 1968;

c. modelul sociocognitiv, propus de Stacey Whitbourne în 1987.

Aceste perspective, pe care le vom detalia în cele ce urmează, sunt construite în jurul a trei componente la confluența cărora vârsta a treia poate fi definită: normele exterioare care influențează modul în care are loc dezvoltarea umană, presiunile interne care țin de identitatea personală, dar și negocierea de către individ a tranzițiilor de viață (Antonuci *et al.,* 2000, p.81).

a. Perspectiva life span-ului

Carl Jung a contribuit la studiul vârstei a treia, fiind autorul abordării pe care astăzi o cunoaștem ca *life span*. Această teorie are meritul de a prezenta dezvoltarea umană ca un proces ce se desfășoară pe parcursul întregii vieți, nu doar în anumite faze ale existenței (Gal, 2001, p.65). Deși de inspirație psihanalitică, Jung consideră – fiind astfel în opoziție cu Freud – că transformările importante la nivel de personalitate au loc după perioada copilăriei și adolescenței, nu în aceste etape.

Jung devine astfel interesat de bătrânețe, care presupune oportunități specifice în ceea ce privește dezvoltarea. Începând cu perioada vieții de adult și continuând la vârsta a treia se poate constata o inversiune de tendințe, care vor duce

la echilibrul individului. Această schimbare se va produce pe cele două dimensiuni definitorii umane: extraversiune - introversiune şi feminitate-masculinitate. Dacă perioada tinereții este caracterizată de dorința afirmării de sine şi o puternică manifestare a extraversiunii, vârsta a treia reprezintă o perioadă în care creşte orientarea introvertă a persoanei, analiza propriei vieți, a sentimentelor, precum şi meditarea la finalul vieții.

În acelaşi timp, Jung consideră că în a doua parte a vieții se eliberează tendințele masculine sau feminine pe care persoana le-a refulat în prima jumătate a vieții sale, ca urmare a presiunilor unor stereotipuri. Cercetări empirice ample au sugerat că pe măsură ce înaintăm în vârstă se estompează diferențele dintre sexe. Acest fenomen, numit androginie, apare mai ales la nivel de reprezentări (Fontaine, 2001, p.83).

b. Perspectiva psihosocială

Principala contribuție psihosocială cu privire la dezvoltarea umană este cea descrisă de Eric Erickson, care îşi propune să explice transformările graduale care au loc la nivel psihologic în fiecare etapă de vârstă, ca rezultat al interacțiunilor sociale (Fontaine, 2001, p.83).

În concepția lui Erickson, există opt stadii ale dezvoltării umane. Fiecare dintre ele este caracterizat de o criză identitară, guvernată de factori psihosociali şi este determinată de solicitările graduale, din ce în ce mai complexe, pe care individul le are în mediul social. Crizele identitare, în funcție de capacitatea persoanei de a se adapta la noile provocări, se pot finaliza cu un rezultat optim sau cu unul nedorit, având un caracter bipolar. Astfel, modul în care este parcursă tranziția poate lăsa provocări nerezolvate cărora persoana va trebui să le facă față şi în stadiile ulterioare sau poate oferi individului o achiziție cu privire la propria persoană (Iacob, 2005, p.1).

Achizițiile, din perspectiva lui Erickson, vizează următoarele aspecte: în etapa infantilă încrederea în ceilalți, în copilăria timpurie autonomia, în etapa preşcolară inițiativa şi în cea şcolară hărnicia, în perioada adolescenței sensul identității personale, în tinerețe cea a intimității cu partenerul, iar la vârsta adultă generativitatea, care ține de profesie şi de implicarea în creşterea copiilor (Antonuci *et al*., 2000, p.81).

Integritatea personală este miza, sau rezultatul optim al crizei identitare în ultimul din cele opt stadii, al maturității şi bătrâneții. Aceasta se obține pe baza achizițiilor anterior dobândite şi prin reflectarea la trecut. Astfel, bilanțul vieții poate indica pentru persoana vârstnică atingerea obiectivelor propuse, ceea ce determină o stare pe care Erickson o numeşte „înțelepciune", care este rară şi reprezintă de fapt o bătrânețe reuşită (Fontaine, 2001, p.88).

Opusul integrității personale este disperarea (Verbraak, 2000, p.10). Aceasta este determinată de toate transformările pe care le parcurge individul şi care au ca efect pierderea autonomiei şi inevitabila moarte. Obstacolele psihosociale

apar atunci când vârstnicul nu se adaptează la schimbările de mediu pe care le traversează și nici la schimbările propriei persoane (Gal, 2001, p.65). Deznădejdea sau disperarea survin prin prisma apropierii finalului vieții, atunci când persoana simte, privind retrospectiv, că ceea ce a realizat nu o reprezintă, că are regrete și că nu se poate accepta pe sine.

Jane Loevinger aprofundează contribuția adusă de Erickson, considerând personalitatea un integrator al vieții psihice, cu rolul de a structura relația dintre individ și constrângerile sociale. Astfel, există un mod specific de raportare a individului la normele sociale în fiecare stadiu parcurs de-a lungul vieții, în funcție de modul în care acesta organizează interacțiunea cu normele și valorile sociale. Parcurgerea celor opt stadii delimitate de Loevinger este cu caracter opțional, întrucât indivizii pot rămâne la un nivel intermediar (Fontaine, 2001, p.88).

Ultimele șase stadii propuse de această abordare sunt dedicate vârstei adulte și bătrâneții. În cadrul lor, normele sociale sunt abordate din următoarele perspective:

- **nivelul conformist,** în care persoana se supune în totalitate regulilor sociale deoarece are o puternică dorință de a fi acceptată de societate;
- **nivelul conștiincios-conformist**, pe parcursul căruia individul distinge între normele sociale și propriile dorințe, continuând totuși să se adapteze normelor;
- **nivelul conștiincios**, în care persoana înțelege importanța gândirii critice și a standardelor personale;
- **nivelul individual,** caracterizat de afirmarea individualității ;
- **nivelul autonom,** care presupune înțelegerea complexității realității în care individul trăiește și dezvoltarea respectului față de opiniile celorlalți;
- **nivelul integrat,** corespunzător etapei bătrâneții din stadialitatea lui Erickson, care propune ca miză rezolvarea tuturor conflictelor interioare ale individului prin acceptarea de către vârstnic a parcursului de până atunci al vieții sale (*Ibidem,* p.89).

O altă abordare psihosocială este și cea a lui Bernice Neugarten, care propune înțelegerea vârstei a treia din perspectiva constrângerilor normative pe care persoana le trăiește prin raportarea la un „ceas social". Acesta reprezintă timpul normativ, impus de contextul social, pentru toate etapele specifice ale vieții: mersul la grădiniță, la școală, căsătoria, obținerea unui loc de muncă, pensionarea, etc. Esențial, din punct de vedere psihologic, este cum se situează persoana în raport cu acest timp impus de societate. Astfel, ceasul individual poate fi potrivit, înainte sau în urmă, în funcție de modul în care persoana evaluează subiectiv momentul de viață pe care îl parcurge (Antonuci *et al.*, 2000, p.81).

Spre exemplu, un adult ajuns la vârsta pensionării poate considera că a venit momentul potrivit, firesc să devină bunic. El își bazează considerația pe elemente din contextul social în care trăiește - toți colegii săi, care au ieșit la pensie odată cu el, au nepoți. Mai mult, pot exista chiar și elemente transgenerațională

care să confirme normalitatea așteptărilor sale: părinții săi, la vârsta lui, erau deja bunici. Dacă totuși nepoții întârzie să apară, din diferite motive ce țin de contextul specific al familiei, adultul poate trăi gânduri de inadecvare.

Un ceas social perceput de persoană ca înainte sau în urmă poate conduce la apariția anxietății, a stresului și a frustrării. Atunci când evenimentele survin în momentul așteptat de individ, adaptarea lui la acestea va fi una optimă. (Neugarten, 1996, p.90).

La vârsta a treia, acceptarea noului rol social al individului se va face fără apariția unor conflicte psihologice dacă elementele componente ale acestei etape sunt privite de persoană ca venind în mod firesc în cursul vieții.

O contribuție importantă, la confluența ideilor lui Erickson și Neugarten, este cea propusă de Daniel Levinson. Aceasta vizează înțelegerea dezvoltării individului prin prisma conceptului de structură de viață, care se construiește și se dărâmă într-o ritmicitate ciclică, dată de etapele de vârstă în care se află persoana (Antonuci *et al*., 2000, p.81).

Stadiile de viață alternează între stabilitate și tranziție, în special în cazul adulților. Sarcini de dezvoltare specifice se asociază stresului, determinând tranziții la vârste predictibile. Aceste treceri între stadiile vieții umane determină dărâmarea structurilor personale ale individului, dobândite într-un stadiu anterior și refacerea lor în funcție de cerințele specifice ale etapei următoare (*Ibidem*).

La vârsta a treia, structura de viață presupune vizualizarea retrospectivă a succeselor și eșecurilor, dar și evaluarea lor prin prisma valorilor personale. Această structură are ca miză stabilitatea psihologică a vârstnicului, care se poate realiza prin acceptarea de către acesta a actualului său stadiu de dezvoltare și prin utilizarea armonioasă a tuturor resurselor adunate de-a lungul anilor.

Teoria selectivității socioemoționale, propusă de Laura Carstensen, este una din cele mai recente abordări de tip *life span.* Contribuția majoră a acestei teorii constă în accentul pus pe motivația umană, ca factor determinant al modificărilor comportamentale la vârsta a treia.

Motivația este strâns legată de felul în care indivizii percep timpul. Atunci când timpul este considerat nelimitat, cum se întâmplă de obicei în tinerețe, prioritară pentru persoană este cunoașterea, chiar dacă informațiile achiziționate nu sunt relevante pe termen scurt. Atunci când timpul este considerat finit, ca în cazul vârstei a treia sau atunci când contextul creează perspectiva fragilității vieții, centrală este satisfacția emoțională și nu componenta informațională[25].

Informațiile pot fi obținute și prin intermediul contactelor sociale, dar, odată cu trecerea anilor, prin repetitivitate și rutină, acestea vor oferi din ce în ce mai puține oportunități de dezvoltare pentru individ. Ținând cont de preferința pentru satisfacție emoțională, dar și de faptul că la nivel informațional relațiile

[25] http://issues.org/23.2/carstensen.html, accesat la data de 30 martie 2010.

sociale vor avea un potențial restrâns, persoana vârstnică își va restrânge cercul relațiilor (Carstensen, 1992, p. 332).

Astfel, limitarea interacțiunilor vârstnicilor cu alții poate fi pusă pe seama alegerii deliberate a acestora de a alege relațiile sigure, semnificative din viața lor, care maximizează confortul emoțional și minimizează riscurile în detrimentul dezvoltării unor relații noi, datorită conștienței apropierii de finalul vieții (*Ibidem*).

c. Perspectiva sociocognitivă

Îmbinând influențele sociale cu tiparele cognitive, Stacey Whitbourne consideră construcția identitară a persoanei ca fiind definită prin existența a două componente: *scenariul* și *povestea vieții*. Scenariul vieții face referire la modul în care un individ se raportează la viitorul său, la experiențele pe care urmează să le trăiască, iar povestea vieții vizează trecutul, ceea ce persoana deja a trăit. Aceste componente nu sunt în mod necesar conștient definite de individul în cauză. Ele se creează la nivel cognitiv, determinând adaptarea persoanei la realitățile sociale pe care le trăiește (Fontaine, 2001, p. 91).

Contribuția majoră a acestei abordări este aducerea în discuție a unor mecanisme cognitive care funcționează de-a lungul întregii vieți a individului, fără a fi constrânse de stadii ale dezvoltării umane strict delimitate.

II.1.3. Concluzii

Cu toate că reprezintă orientări diferite, teoriile psihologice asupra dezvoltării umane la vârsta a treia converg în descrierea acestei perioade a vieții. Bătrânețea este astfel descrisă ca un popas, în care individul privește retrospectiv pentru armonizarea personalității sale și integrarea experiențelor de viață acumulate.

Aceste repere teoretice au dus la înțelegerea vârstei a treia, pentru că au elucidat aspecte importante ale mizelor dezvoltării umane. Cu toate acestea, ele sunt doar linii generale de ghidare, întrucât există o mare variabilitate a experiențelor de viață ale indivizilor.

Prezentarea pe scurt a teoriilor aduse în discuție poate fi consultată în tabelul următor, care sintetizează cele trei direcții psihologice principale din care a fost abordată bătrânețea.

Tabel cu teorii psihologice asupra vârstei a treia

ORIENTAREA	TEORIA	PRINCIPALELE REPERE
PSIHANALITICĂ	**Teoria *life span*,** dezvoltată de C. Jung în 1933	Dezvoltarea acoperă perioada întregii vieți umane și, din punctul de vedere al personalității, presupune două axe esențiale ale orientărilor față de lume: introversiune - extraversiune, masculinitate - feminitate. La vârsta a treia se accentuează *introversiunea și androginia.*
PSIHOSOCIALĂ	**Dezvoltarea stadială,** propusă de E. Erickson în 1982	Dezvoltarea umană are loc în opt etape succesive, fiecare având o miză de natură bipolară. Stadiul ultim al dezvoltării umane presupune *criza integritate vs. deznădejde* și are ca achiziție principală înțelepciunea, în urma rezolvării crizei de către vârstnic.
	Dezvoltarea personalității la adult, propusă de J. Loevinger în 1976	Bătrâneții îi corespunde *stadiul integrat al dezvoltării umane*, în care individul rezolvă propriile conflicte de natură interioară și acceptă drumul pe care l-a ales în viață, rămânând deschis noilor experiențe, dar renunțând la idealuri irealizabile.
	Teoria structurii de viață, dezvoltată de D. Levinson în 1978	În fiecare etapă a dezvoltării, individul își reconstruiește structura de viață în funcție de cerințele stadiului în care se află. La vârsta a treia, structura de viață înseamnă analiza retrospectivă a vieții și stabilitatea dată de achizițiile acumulate în celelalte etape.
	Teoria ceasului social, concepută de B. Neugarten în 1968	Pentru fiecare eveniment de viață există un timp impus de normele sociale. Atunci când individul simte că acestea au loc în modul așteptat și momentul anticipat, se va adapta.
	Teoria selectivității socioemoționale, model propus de L.Carstensen în 1993, și revizuit în 1999	Vârsta a treia presupune conservarea emoțiilor pozitive, de aceea la nivel afectiv, relațional și chiar retrospectiv, bătrânii vor prefera sentimentele pozitive. În același timp, sunt prioritare relațiile cu persoane semnificative din jurul individului.
SOCIOCOGNITIVĂ	**Scenariul și povestea vieții,** dezvoltate de S. K.Whitbourne în 1987	Scenariul și povestea vieții reprezintă modul în care individul se raportează la viitorul și trecutul său, fiind modalități generale care nu depind de vârstă și stadiu, ci de procesele cognitive conștiente sau inconștiente ale individului.

II.2. CONSIDERAȚII PRIVIND EVALUAREA PSIHOLOGICĂ

II.2.1. Obiectivele evaluării psihologice

Procesul de asistență psihosocială a persoanelor vârstnice presupune și cazuri în care se constată necesitatea realizării unei evaluări clinice a clientului. Există, după Finn și Tonsager (McIntire & Miller, 2010, p.499), trei modele ale evaluării în practica clinică, în funcție de care se conturează scopul acesteia:

a. **Modelul culegerii informațiilor** face referire la comparația standardizată între indivizi, pe baza testelor, care îi permite clinicianului să facă predicții despre conduita clientului;
b. **Modelul terapeutic** este înțeles ca obținerea unor informații cu privire la aspecte importante din punct de vedere psihologic pentru client, care vor permite acestuia să acționeze în direcția dezvoltării personale;
c. **Modelul tratamentului diferențiat** este specific domeniului cercetării, incluzând situațiile când se evaluează eficacitatea unei intervenții terapeutice.

În contextul consilierii, scopul evaluării psihologice a persoanei vârstnice se apropie de modelul terapeutic (*Ibidem,* p.503) și nu este obținerea unor date sterile, ci accesul la informații care să fie utile pentru înțelegerea persoanei și pentru soluționarea problemelor specifice cu care aceasta se confruntă.

Obiectivele principale ale evaluării psihologice a vârstnicului pot viza:

- conturarea principalelor obstacole pe care le pot întâmpina persoanele vârstnice și a repercusiunilor psihologice ale acestora (respectiv tipologia, intensitatea, cauzalitatea diferitelor forme de patologii sau de funcții psihice influențate);
- evidențierea unor elemente ale structurii de personalitate și a unor caracteristici ce țin de percepție, dimensiunea afectivă, nivelul cognitiv, memoria, atenția individului;
- reliefarea tiparelor de relaționare familială și analizarea relațiilor apropiate ale vârstnicului;
- ilustrarea modului de raportare a bătrânului la vârsta a treia și la problemele specifice acestei etape a existenței umane.

II.2.2. Particularități ale evaluării psihologice la vârsta a treia

Evaluarea psihologică în contextul vârstei a treia trebuie să fie adaptată la particularitățile acesteia, ținând cont de caracteristicile persoanei evaluate, de

instrumentele specifice utilizate, de relația pe care vârstnicul o dezvoltă cu psihologul.

În ceea ce privește **caracteristicile persoanei vârstnice,** psihologul va lua în considerare reducerea funcțiilor motorii fine (desen, scris) și creșterea timpului de reacție la stimuli odată cu înaintarea în vârstă. Aceste manifestări pot fi deseori asociate cu deficite cognitive și senzoriale (Wahl & Lehr, 2003, p.63). Având în vedere că la vârsta a treia oboseala, uzura, plictiseala, pot să apară cu ușurință este important ca evaluarea să fie adaptată nivelului motivației clientului și capacității sale de participare.

În ceea ce privește **instrumentele folosite**, psihologul va utiliza scale valide, construite în mod specific pentru evaluarea persoanelor vârstnice. Evaluatorul va alege instrumentele în funcție de procesul psihic vizat sau de simptomul pe care îl are în vedere, acestea fiind coroborate cu interviul clinic. Dintre instrumentele necesare unui psiholog, amintim testele de personalitate, unele dintre ele cu largă aplicabilitate indiferent de vârsta clienților, și testele specifice pentru diferite dimensiuni și funcții psihologice. O listă cu instrumentele utilizate în practica evaluării psihologice geriatrice poate fi consultată în tabelul 3.1[26]

Atunci când persoana evaluată este vârstnică, scalele de tip auto-administrare sunt în mod frecvent aplicate de o a doua persoană (psiholog sau alții), ceea ce presupune o modificare majoră a situației de testare. Deseori instrumentele necesită simplificare și este indicat ca răspunsurile posibile să nu depășească cel mult 5 categorii ale unei scale Likert (*Ibidem*).

Atunci când psihologul constată tulburări care nu sunt de competența sa, va îndruma clientul spre un medic specialist psihiatru sau neurolog. Aceștia utilizează, la rândul lor, o serie de probe specifice prin care evaluează funcțiile cognitive și patologiile specifice vârstei.

În privința **relației cu psihologul** este important ca procesul de asistență să pornească prin înțelegerea de către client a rolului psihologului. Pentru persoanele vârstnice profesia de psiholog poate fi o noutate, de aceea un prim pas al relației cu beneficiarul constă în definirea consilierii și evaluării psihologice într-un limbaj pe înțelesul său. Mai mult, poate fi utilă delimitarea psihologiei de psihiatrie, aceasta din urmă fiind asociată deseori cu stigmate sociale, dar și cu administrarea de medicație specifică, care nu intră în competențele profesionale ale psihologului (Marnat, 2009, p.49). Încrederea este o componentă indispensabilă relației terapeutice și nu poate fi obținută în lipsa cunoașterii de către client a rolului psihologului și a normelor deontologice pe care acesta le respectă.

Expectanțele clientului influențează și ele procesul de evaluare. Persoana vârstnică poate fi reținută, cu temeri în privința autodezvăluirii și poate de asemenea să nu coopereze cu clinicianul. De aceea, psihologul va ține cont de

[26] O parte dintre aceste instrumente sunt etalonate și pentru populația românească. O listă cu testele acestea poate fi consultată pe paginile de internet http://www.testepsi.ro/cuprins/ și http://www.sistempsi.ro/index.php?page=teste-psihologice-etalonate.

suspiciozitatea vârstnicului şi va asigura un climat în care acesta să se simtă confortabil. Demersurile psihologului vor viza înțelegerea evaluării de către client ca o modalitate de cunoaştere a propriei persoane şi ca o oportunitate de a se dezvolta. Pentru o prezentare a relației de consiliere, poate fi consultată secțiunea 2.3.1 capitolului.

II.2.3. Etapele evaluării psihologice

Evaluarea psihologică a persoanei vârstnice este un proces complex, ale cărui etape distincte, cronologice trebuie să fie atent planificate (Westhoff & Kluck, 2009):

a. Crearea relației de consiliere cu clientul este prima secvență de care psihologul trebuie să țină cont şi fără de care intervenția nu poate avea rezultate optime. Acest lucru se poate realiza prin încurajarea unei atmosfere empatice, care să nu intimideze persoana evaluată, într-un ambient primitor, securizant, în care aceasta să nu se teamă.

b. Interviul clinic presupune prezentarea scopului evaluării psihologice şi a condițiilor în care aceasta se va desfăşura, realizarea anamnezei clientului şi punctarea informațiilor importante prin semi-structurarea intervenției. În același timp se va face apel la observația comportamentelor clientului, care va fi corelată cu observația acestuia în mediul său de viață sau în alte contexte, acolo unde este posibil.

c. Aplicarea testelor psihometrice specifice este etapa următoare a evaluării. Aceste instrumente vizează procesele psihice şi trăsăturile de personalitate ale persoanei vârstnice în raport cu problemele identificate. Atunci când informațiile obținute sunt insuficiente, se va discuta cu ceilalți membri ai echipei pentru obținerea unor completări, sau cu persoane din rețeaua informală a vârstnicului, care pot oferi date semnificative.

d. Interpretarea datelor obținute, se va sintetiza prin redactarea raportului de evaluare psihologică în care vor fi notate şi recomandările psihologului cu privire la clientul care a participat la procesul de evaluare. Instrumentul se doreşte a fi util atât psihologului, cât şi echipei cu care acesta colaborează (Luca & Azoiței, 2007, p.58). Pentru un model al raportului de evaluarea psihologică, să se consulte Anexa 19.

e. Oferirea de feedback clientului este cea din urmă etapă a evaluării psihologice şi se va realiza într-un limbaj accesibil lui, într-un mod clar şi profesionist (Marnath, 2009, p.49).

Având în vedere natura confidențială a evaluării clinice, atât procesul de evaluare, cât şi rezultatele acestuia trebuie să fie ghidate de norme etice şi deontologice şi trebuie să aibă în vedere drepturile clientului. Acestea vizează consimțământul informat al evaluării, calificarea persoanelor care realizează evaluarea,

utilizarea unor instrumente valide, confidențialitatea rezultatelor şi a interpretării lor.

Standardele profesionale la nivel internațional impun anumite norme în ceea ce privește scopul, metodele și rezultatele evaluării clinice în vederea protejării persoanelor care apelează la servicii psihologice. Ținând cont de etica evaluării, psihologii trebuie să urmărească în primul rând respectarea persoanei vârstnice şi binele acesteia.

Recomandări de instrumente în lucrul cu clienți de vârsta a treia,
adaptat după Wahl & Lehr, 2003

Domeniul evaluării	Instrument utilizat	Observații
COMPETENȚA COGNITIVĂ	**Testul Raven**, conceput de J. Raven în anul 1936	Raven este un test de inteligență nonverbală, care măsoară inteligența generală sau nivelul de dezvoltare mentală. Testul are mai multe forme, dintre care varianta Matricile Progresive Standard poate fi folosită pentru evaluarea inteligenței la adulți și vârstnici. Aceasta cuprinde 5 seturi de 12 itemi și se aplică într-o perioadă finită de timp.
PERSONALITATE	**Inventarul de personalitate revizuit NEO** (NEO PI-R), dezvoltat de Costa și McCrae	Inventarul vizează evaluarea celor 5 dimensiuni ale personalității din modelul Big Five și permite identificarea a 30 de fațete ale personalității adulte. Forma de autoevaluare cuprinde 240 de itemi ceea ce determină necesitatea unei perioade îndelungate de aplicare.
DEPRESIE	**Scala de depresie Hamilton**, propusă de Max Hamilton în 1960	Utilizată ca punct de referință pentru alte instrumente similare pe diferite categorii de vârstă. Unii autori sugerează faptul că anumiți itemi nu sunt potriviți pentru vârstnici, întrucât întrebările despre simptome somatice pot duce la supra-diagnosticarea depresiei (Linden *et al.,* 1995, p.150). Cu toate acestea, este aplicată pe scală largă la această categorie de vârstă*.
	Scala de Depresie Geriatrică (GDS-15), propusă de Yesavage în anul 1982	Inventar de evaluare a depresiei cu itemi ce presupun răspunsuri de tip „Da" și „Nu". Poate fi aplicat fără o pregătire prealabilă amplă a evaluatorului. Scala are numeroase versiuni, cea cu 15 itemi fiind cel mai des utilizată (Ladea, 2000, p.82).
	Inventarul de depresie Beck (BDI), dezvoltat în anul 1961	Nu a fost conceput în mod special pentru persoanele vârstnice, dar este deseori utilizat în evaluarea depresiei la vârstnici și la îngrijitorii persoanelor diagnosticate cu demență (*Ibidem).*

ANXIETATE	**State-Trait Anxiety Inventory** (STAI, forma pentru adulți), conceput de Spielberger în 1983	Testul măsoară anxietatea ca trăsătură și ca stare prin intermediul a 40 de itemi și are numeroase aplicații clinice.
COGNIȚIE, MEMORIE	**Mini Mintal State Examination** (MMSE), scală concepută de Folstein *et al.* în anul 1975	Aplicarea testului durează în jur de 10 de minute, dar nu se va dovedi utilă pentru a detecta pierderi subtile de memorie, mai ales la pacienții cu un nivel ridicat de educație (Tombaugh & McIntyre, 1992, p.922).
	Testul de memorie Rey, conceput de A.Rey în 1964	Testul este util în măsurarea capacității mnezice și vizează capacitatea de a engrama, păstra și reactualiza informațiile. Testul are 6 faze, 5 dintre ele de reproducere si 1 de recunoaștere. Cea mai utilizată variantă este cea cu 15 itemi (Răşcanu, 2003, p. 36).

* http://www.psiho.eu/?p=141, pagină consultată la data de 30 martie 2010.

II.3. TEME DE CONSILIERE ÎN ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ (LILIANA FOCA)

II.3.1. Relația de consiliere

Vorbim despre relația de consiliere atunci când ne referim la legătura care se stabileşte între psiholog şi clientul său, persoana căreia i se aplică consilierea. Într-un studiu efectuat de Lambert şi Barley (Lambert şi Barley, 2002, pp.17-32) autorii au concluzionat că rezultatul pozitiv al demersului terapeutic (și implicit de consiliere) se datorează: 40% factorilor extra-terapeutici, 30% relației terapeutice, 15% aşteptărilor şi 15% tehnicilor utilizate.

Altfel spus, succesul procesului de consiliere este prezis în mare măsură de calitatea relației care se stabileşte între psiholog şi clientul său. Această calitate este determinată atât de caracteristici ce țin de consilier, cât şi de percepția pe care o are persoana consiliată cu privire la procesul de consiliere. Datorită diferitelor contexte bio-psiho-sociale, persoanele vârstnice aduc cu sine în cadrul terapiei anxietate privind relațiile interpersonale, neîncredere şi aşteptări nerealiste.

Caracteristici ale consilierului:

- Autenticitate, onestitate;
- Acceptare necondiționată;
- Empatie;
- Acord privind scopul şi obiectivele consilierii.

În cazul caracteristicilor consilierului vorbim atât despre caracteristici fixe (vârstă, sex etc.) cât și despre calitățile interpersonale, despre resursele interpersonale care sunt implicate în procesul de consiliere.

În ceea ce privește percepția clientului asupra relației aceasta se referă la sentimentele față de consilier (încredere, respect, apropiere, dependență, colaborare, prietenie, îngrijorare despre modul în care este văzut de terapeut etc.) și ceea ce simte clientul în timpul consilierii (abilitatea de a discuta diferite lucruri, acceptarea, nejudecarea, confortul, capacitatea de exprimare emoțională – chiar să plângă, capacitatea de a înțelege, siguranța, susținerea, importanța și valorizarea din partea terapeutului, capacitatea de a urmări agenda de lucru).

Se constată că, de fapt, percepția clienților despre consilier este mai importantă la începutul formării relației. De aceea trebuie acordată o importanță deosebită construirii relației în primele ședințe de consiliere.

II.3.2. Singurătatea

Doamna S. este o femeie în vârstă de 71 ani. A rămas văduvă acum 9 ani. Cu un an înainte, singurul său fiu emigrase într-o țară din vest. Imediat, bolile de care suferea s-au acutizat. Deși în localitate rămăsese alături de ea o soră, a început să o evite și să-i ceară să nu o mai viziteze. Totodată relațiile cu vecinele de vârste apropiate s-au diminuat semnificativ. La intrarea în asistența psihologică, doamna S. se exprima folosind un ton agresiv, acuzând persoanele din jurul său că au încercat sau încearcă să profite de ea și se plângea că este singură și neajutorată.

În majoritatea cazurilor singurătatea poate reprezenta la un moment dat o alegere prin care vârstnicul caută să facă față situațiilor specifice cum ar fi: pensionarea, boala sau pierderea partenerului de viață. Odată cu trecerea timpului apare nevoia firească de comunicare în cadrul unor relații. Cu cât perioada de timp dintre alegerea de a fi singur și cea de a dezvolta relații este mai mare, cu atât dificultățile de a iniția legături cu alte persoane sunt mai mari. Aceste dificultăți privesc comunicarea interpersonală deficitară, determinată de lipsa exercițiului de comunicare sau de centrarea excesivă pe propriile nevoi/lipsuri sau diminuarea capacității de a iniția și dezvolta relații.

Încercările nereușite de a iniția legături cu alte persoane duc la întărirea unor convingeri care contribuie la scăderea stimei de sine. Singurătatea poate evoca sentimentul că „toată lumea are prieteni, eu nu" și că „nimeni nu mă înțelege". Astfel de gânduri duc la pierderea încrederii în ceilalți, reticență la schimbare sau rețineri în a încerca lucruri noi de teama respingerii de către alții.

Sărăcia, boala, dependența de medicamente reprezintă factori care contribuie, treptat, la autoizolare. Din lipsa unei persoane cu care să vorbească, din dorința de a „nu deranja" copiii care sunt ocupați cu propria familie sau din sentimentul că nu sunt înțeleși, vârstnicii își diminuează semnificativ contactele cu alte persoane și se retrag în singurătatea propriului cămin.

Singurătatea este adeseori resimțită ca un gol sufletesc, fiind asociată cu gândul că persoana respectivă nu se simte dorită, nu se simte importantă. Deseori

retragerea socială a persoanei vârstnice reprezintă un simptom al depresiei, uneori accentuată de absența persoanelor semnificative din viața sa.

Evaluând gradul de singurătate resimțită a persoanei vârstnice, trebuie să se facă distincția între numărul contactelor pe care le are vârstnicul și calitatea acestora. În timpul interviului din cadrul consilierii aflăm că persoana respectivă se întâlnește periodic cu medicul de familie, salută vecinii, vorbește cu vânzătoarea de la magazin etc. Cu toate acestea discuțiile rămân la un nivel superficial, fără să exploreze emoții.

Unul din cele mai eficiente moduri de a trata singurătatea este prin intermediul terapiei focalizată pe:

• Acceptare necondiționată. Este o atitudine pozitivă, de înțelegere a unei persoane, fără a emite judecăți de valoare sau a fi de acord cu tot ceea ce exprimă clientul. Este încrederea pe care consilierul o acordă clientului său și anume că acesta este o persoană care are capacitatea și potențialul de a lua decizii și de a-și asuma propria viață. (ex. „Spuneți că nu vă place să vorbiți cu oamenii. Să înțeleg că cel mai bine vă simțiți când sunteți doar cu gândurile dumneavoastră?").

• **Empatie. Implică ascultarea vârstnicului, înțelegerea lui, concentrarea asupra** problemei și sentimentelor sale, precum și comunicarea acestei înțelegeri astfel încât clientul să ajungă să se cunoască mai bine pe sine. (ex. „Vă simțiți abandonată pentru că nici fiica și nici nepotul dumneavoastră nu v-au mai sunat de trei săptămâni...")

• Evaluarea gradului de singurătate (ex. „Descrieți o zi obișnuită. Ce faceți de când vă treziți și până când mergeți la culcare? Există persoane cu care vă întâlniți? Cine sunt aceste persoane? Despre ce obișnuiți să discutați?")

• Înțelegerea cauzei problemei. Referindu-ne la singurătate, provocarea cea mai mare este ca vârstnicul să-și identifice singur singurătatea ca problemă ce-i aparține. De cele mai multe ori nu este vorba despre o singură cauză care – odată descoperită – poate fi abordată în procesul de consiliere, ci mai degrabă despre un cumul de factori: neînțelegeri cu membrii familiei, lipsa abilităților de comunicare, boală, structura de personalitate a vârstnicului etc. Identificarea singurătății ca problemă și a factorilor cauzali este urmată de explorarea fiecărui factor în termeni de gânduri, emoții și atitudini.

• Inversarea gândurilor, sentimentelor și atitudinilor negative (ex. Vârstnicul: „Toată lumea are prieteni, eu nu." Consilierul: „Cum ar arăta viața dumneavoastră cu mai mulți prieteni?")

• Explorarea resurselor vârstnicului de a se raporta la prezent în termeni pozitivi (ex. „În ceea ce vă privește, care sunt punctele dumneavoastră tari care să vă ajute în stabilirea unei relații?")

• **Dezvoltarea abilităților de comunicare interpersonală. Lucrul privind dez**voltarea acestor abilități începe odată cu fixarea „strategiei" de schimbare. (ex. „Ce anume i-ați spune lui X? Cum anume veți reacționa în situația Z?")

II.3.3. Pierderile din viața persoanei vârstnice

Maria este o văduvă de 73 de ani care prezenta simptome de depresie ce au debutat după moartea soțului, în urmă cu doi ani. În timpul interviului inițial Maria afirma că după acest eveniment problemele ei medicale au început să se agraveze, mâncarea și-a pierdut gustul, iar scăderea în greutate a fost progresivă, de la 56 de kilograme ajungând în prezent la 44. În realizarea anamnezei psihosociale orice subiect era abordat prin prisma suferințelor organice mai mult sau mai puțin diagnosticate de medici. Moartea soțului a fost amintită prin prisma celor doi ani în care l-a îngrijit, acesta fiind imobilizat la pat.

Pe parcursul vieții, în mod inevitabil, orice persoană se confruntă cu diferite pierderi: lucruri, prietenii, locuință, drepturi, loc de muncă, demnitate, sănătate, persoane dragi, roluri familiale etc. Modul în care se face față acestor pierderi depinde de imaginea de sine dezvoltată, de felul în care oamenii au învățat să se privească pe ei înșiși și relațiile cu ceilalți. Potrivit psihologiei conceptului de sine (Shavelson și Bolus, 1982, pp. 3-17) imaginea de sine se formează încă din primele luni de viață și se dezvoltă, se modifică de-a lungul anilor în funcție de percepția asupra diferitelor experiențe de viață repetate, legate în mod special de relațiile cu persoane semnificative.

Persoanele vârstnice fac față pierderilor în mod diferit de persoanele tinere atât datorită faptului că gradul de atașament al vârstnicului față de lucrul/persoana pierdută a crescut odată cu trecerea timpului, cât și faptului că perspectivele asupra viitorului sunt limitate de vârsta înaintată determinând reticență în imaginarea viitorului și „agățare" de trecut.

Un mod de a lucra cu persoanele vârstnice care au suferit pierderi este să le întrebăm ce simt în legătură cu pierderea respectivă. Este foarte important să fie ascultate și să li se respecte emoțiile, oricare ar fi ele: regret, furie, ușurare, vină etc. După această etapă urmează centrarea pe prezent prin explorarea resurselor interne și externe și orientarea acestora spre viitor.

II.3.4. Pregătirea pentru moarte

Reacțiile unei persoane cu privire la propria moarte sunt diferite în funcție atât de structura de personalitate a individului și de atașamentele formate, cât și de gravitatea bolii de care suferă și de relația cu Dumnezeu.

Astfel, valorile și credințele unei persoane despre sine și despre lume pot favoriza procesul de acceptare a iminenței morții sau, dimpotrivă, împiedică persoana să recunoască acest lucru. Valori ale individului precum respectul demnității fiecărei persoane, cinstea, adevărul sau dreptatea care s-au reflectat în comportamentele sale pe parcursul vieții atât în ceea ce privește relația cu sine cât și cu alții (persoane relevante, relații profesionale etc.) contribuie la sentimentul împăcării cu sine la vârsta înaintată. În același timp, experiențe de viață trăite în contradicție cu valorile promovate de familie și implicit de persoana în

cauză aduc în memoria vârstnicului frustrări şi, posibil, regrete care menţin persoana în anumite momente ale vieţii sale trecute, acceptarea ideii de despărţire devenind imposibilă.

Un alt factor care poate influenţa procesul de înţelegere a faptului că moartea este inevitabilă îl reprezintă ataşamentele formate, în special noile ataşamente: nepoţii. Aceştia pot reprezenta un mod demn, împăcat cu sine prin care vârstnicul poate proiecta un rămas bun în sensul în care vede în nepoţi o continuare a propriei persoane. În acelaşi timp însă nepoţii pot fi o barieră în calea acceptării din perspectiva nevoii de a insufla în aceştia cât mai mult din ne-realizările sau frustrările sale.

Gravitatea bolii vârstnicului poate avea impact asupra pregătirii acestuia pentru moarte. Bolile incurabile, cele care durează de mai mult timp, care au un impact deosebit asupra familiei (diferite forme de cancer malign, paralizii, boli de inimă etc.) influenţează procesul de acceptare a propriei morţi. În multe din aceste cazuri apare saturaţia, vârstnicul afirmând că doreşte „să scap odată", resimţind oboseală şi sentimente de vinovăţie faţă de familie.

În cazul persoanei vârstnice care crede, relaţia cu Dumnezeu se regăseşte în rugăciune şi în ritualurile/simbolurile religioase, în modul în care aceasta atribuie rolul lui Dumnezeu în viaţa sa. Prin rugăciune muribundul îşi exprimă fricile, speranţele şi chiar furia. În acelaşi timp rugăciunea este mijlocul prin care vârstnicul îl ia pe Dumnezeu ca martor şi însoţitor în procesul de acceptare a morţii sale.

Consilierea ce are ca temă pregătirea vârstnicului pentru moarte trebuie să aibă în vedere parcurgerea de către acesta a cinci stadii de evoluţie a sentimentului de acceptare (K✓bler-Ross, 2009, pp. 31-111): (a) negarea, în care persoana încearcă să blocheze conştientizarea gândurilor referitoare la iminenţa morţii; (b) furia – apare sentimentul de nedreptate, persoana simte că este nedrept să moară; (c) negocierea – încercări de întârziere a morţii prin diverse promisiuni făcute sieşi sau prin încercări de a ajunge la o înţelegere cu Dumnezeu; (d) depresia – realitatea cu privire la iminenţa morţii este conştientizată într-un mod acut; (e) acceptarea – persoana ajunge la o înţelegere resemnată şi împăcată cu privire la faptul că moartea sa este inevitabilă. Aceste etape ale acceptării nu reprezintă însă secvenţe predictibile. Mai multe etape pot fi trăite concomitent, iar progresul de la o etapă la alta nu urmează o ordine precisă: se poate trece dintr-o fază în alta mai repede şi în acelaşi timp stadiile se pot repeta la nesfârşit. Modul în care o persoană face faţă procesului de acceptare depinde în mare măsură de la individ la individ, aşa cum s-a arătat mai sus.

II.3.5. Dependenţa de medicamente

Dependenţa este tendinţa de a căuta ajutor şi protecţie pe lângă altcineva, de a lăsa pe altul să ia orice decizie, ca urmare a pierderii maturităţii şi a autonomiei. (Larousse, Marele Dicţionar al Psihologiei, 2006, p. 322).

Dependența se instalează pe fondul unei nevoi de cele mai multe ori de ordin afectiv ca urmare a unei stime de sine scăzute sau a unei traume afective care generează suferință. Această nevoie constituie punctul de plecare în ciclul dependenței. Odată ce nevoia este satisfăcută prin intermediul unor surogate (persoane sau diferite substanțe), apare sentimentul de calmare a durerii. Astfel, înlocuitorul care duce la satisfacerea nevoii afective ia forma unei dependențe. Deoarece efectul de calmare a durerii este temporar, „dozele" devin din ce în ce mai mari. Persoana ajunge să-şi construiască întreaga existență în jurul acestei dependențe, neglijându-şi relațiile, şcoala sau profesia, izolându-se de restul lumii. Relațiile dificile şi implicit celelalte consecințe ale acestui stil de viață (furt, minciună, violență etc.) devin ele însele un nou factor declanşator al durerii, iar ciclul dependenței este reluat (Hemfelt *et al*., 1989, pp. 21-22).

Elena, în vârstă de 62 de ani suferă de sindrom nefrotic. Până la aflarea diagnosticului pozitiv au trecut doi ani în care Elena a încercat mai multe tratamente, multe dintre acestea autoadministrate ca urmare a ceea ce a citit în reviste sau i s-a spus de către alte persoane. În momentul de față ia câte 16 tablete pe zi. Majoritatea au ca rol combaterea efectelor negative ale medicației anterioare luate pentru tratamentul diabetului, hipercolesterolemie etc. Spune că sunt zile în care uită să-şi ia medicamentul de la prânz şi lucrul acesta o enervează enorm. La fel ca imaginea de pe noptiera pe care îşi ține cutia cu medicamente. Afirmă că se simte prizonierul pastilelor pe care le ia, iar familia nu înțelege suferința prin care trece. Şi atunci decide să nu mai ia nici o tabletă.

Odată cu înaintarea în vârstă crește vulnerabilitatea la îmbolnăviri. De cele mai multe ori vârstnicul suferă de mai multe boli concomitent, situație ce duce la o creştere a numărului de medicamente care face ca stilul de viață să se schimbe semnificativ: anumite medicamente se iau la trezire, alte medicamente după mese etc. Apare cu uşurință sentimentul că întreaga viață este dictată de orarul tratamentului medicamentos. Mai mult, odată cu agravarea bolilor apare nevoia suportului familial, vârstnicul devine dependent de alte persoane pentru a se putea deplasa în afara casei sau pentru efectuarea cumpărăturilor.

Atunci când vârstnicul apelează la consiliere, iar psihologul identifică una dintre probleme ca fiind saturația de a continua medicația, rolul consilierului este de a facilita conştientizarea clientului său cu privire la continuarea vieții. Dependența de medicamente nu este un lucru ce poate fi schimbat, însă perspectiva vârstnicului cu privire la această dependență poate fi schimbată. Rezultatele comportamentale ale demersului de consiliere în acest sens constau în continuarea tratamentului medicamentos şi vizite regulate la medicul care confirmă sau schimbă medicația. Modul în care se ajunge la aceste rezultate include parcurgerea unei serii de etape ce pot diferi de la persoană la persoană:

- Conştientizarea necesității tratamentului (consilierul sprijină vârstnicul să întocmească o listă cu avantajele şi dezavantajele tratamentului medicamentos);

- Creșterea motivației pentru continuarea tratamentului (consilierul facilitează procesul de identificare a resurselor interne și externe care determină vârstnicul să fie o persoană activă și/sau prezentă în viața de familie. Ex. „Care sunt lucrurile din trecut pe care vi le-ați propus și ați reușit?", „Ce puncte tari aveți care v-ar putea ajuta să reușiți?", „Există o persoană sau mai multe pe care o/le simțiți mai aproape de dvs.?");
- Identificarea și exersarea unor strategii de a face față posibilelor situații în care vârstnicul se simte descurajat de dependența de medicamente.

II.3.6. Copingul religios

Coping-ul, definit ca gânduri și comportamente folosite pentru a răspunde cerințelor interne și externe ale situațiilor evaluate ca fiind stresante (Folkman, Moskowitz, 2004) este subiect al cercetărilor științifice încă din anii `60 odată cu lucrarea lui Richard Lazarus, *Psychological Stress and the Coping Process* (1966). Majoritatea cercetătorilor au căutat, prin abordarea acestui concept, să explice de ce unele persoane fac față cu succes situațiilor stresante, spre deosebire de alte persoane.

Studiile în domeniu au condus la includerea strategiilor de coping în programe de intervenție cognitiv comportamentale, înțelegându-se prin dezvoltarea acestor strategii construirea și orientarea persoanei asistate spre soluții care conduc la mobilizarea resurselor și creșterea încrederii în șansele de reușită.

Pe de altă parte, o altă temă studiată în legătură cu modul în care persoanele fac față stresului și/sau evenimentelor traumatice din viața lor este religia și faptul de a fi religios. În ciuda dificultăților de operaționalizare a constructului de religie, multe cercetări au indicat asociații pozitive între religie și adaptare pozitivă precum și între credințele și practicile religioase și indici ai bunăstării psihice (Ross, Handal, Clark, Vander Wal, 2009).

Pargament *et al.* (1988, *apud.* Kolchakian, Sears, 1999) au identificat trei stiluri de coping religios:

(a) Amânare – individul se bazează doar pe Dumnezeu pentru a face față stresului sau evenimentelor stresante;

(b) Colaborativ – individul și Dumnezeu înțeleg să aibă o responsabilitate comună și să lucreze împreună pentru a ajunge la o soluție;

(c) Auto-direcționare – este o abordare activă prin care individul se bazează pe sine pentru a face față evenimentelor stresante, păstrând în același timp un anumit grad de religiozitate.

Cercetările au arătat faptul că în special adulții preferă copingul religios ca mecanism de apărare mai ales în situațiile foarte stresante. Totodată s-au stabilit corelații pozitive între stilul colaborativ și stima de sine și corelații negative între stilul de amânare și competențe (Pargament *et al.*, 1988, *apud.* Kolchakian, Sears, 1999).

Într-un studiu realizat de Bosworth, Park, McQuoid, Hazs și Steffens (2003) pe o populație de 114 vârstnici peste 60 de ani suferind de depresie, autorii au încercat să vadă în ce măsură copingul religios influențează evoluția/regresia bolii. În acest sens copingul religios a fost operaționalizat ca fiind pozitiv sau negativ. Copingul religios pozitiv a fost evidențiat prin următoarele declarații „Mă gândesc cum viața mea este parte a unei forțe spirituale mai mari", „Lucrez împreună cu Dumnezeu ca Parteneri", „Mă îndrept spre Dumnezeu pentru putere, suport și îndrumare". Întrebările care au explicat copingul religios negativ au fost „Simt că Dumnezeu mă pedepseşte pentru păcatele mele sau lipsa spiritualității", „Mă întreb dacă nu cumva Dumnezeu m-a abandonat" și „Încerc să-mi dau seama cum stau lucrurile și să decid ce vreau să fac fără să mă bazez pe Dumnezeu". Rezultatele studiului au arătat că (a) religiozitatea și copingul religios corelează cu depresia; (b) copingul religios pozitiv influențează nivelurile depresiei pe termen lung; (c) iar copingul religios negativ corelează cu simptome grave ale depresiei la debutul bolii, însă nu există corelații cu efectele depresiei la șase luni după debutul bolii.

Aceste rezultate sunt consistente cu alte cercetări care subliniază importanța copingului religios în procesul de adaptare la situații de viață stresante sau traumatice. Totodată, un rezultat important al cercetărilor în domeniu constă în identificarea unor factori care mediază între credințele și practicile religioase și sănătatea mintală. O parte din aceşti factori de mediere sunt menționați mai jos (Jones, 2004):

- Multe practici religioase provoacă „răspunsuri de relaxare" care contribuie la reducerea activității sistemului nervos simpatetic, a tensiunii musculare sau scăderea tensiunii arteriale.
- Religia contribuie la reducerea implicării individului în comportamente nesănătoase cum ar fi: abuzul de alcool, fumatul, abuzul de droguri, relații sexuale neprotejate, tentative de suicid etc.
- Practica religioasă corelează pozitiv cu suportul social ridicat, fapt ce are consecințe asupra sănătății fizice și mintale.
- Persoanele religioase se conformează mai ușor tratamentelor medicale și sfaturilor medicilor.
- Religia contribuie la dezvoltarea sentimentului de coerență și semnificație a vieții în direcția creșterii speranței într-un viitor mai bun.

Factorii de mediere descriși mai sus sunt în același timp variabile motivaționale în procesul de consiliere. De aceea, în lucrul cu persoanele vârstnice este important să se evalueze importanța percepută a religiei în viața persoanei asistate cu scopul de a încuraja dezvoltarea strategiei de coping religios în confruntarea cu situațiile și evenimentele legate de îmbătrânire.

II.4. INTERVIUL MOTIVAȚIONAL

Doctorii William R. Miller şi Stephen Rollnik, autorii interviului motivațional, sunt profesori la University of New Mexico, respectiv Departamentul de Medicină generală a University of Wales, College of Medicine. Pe lângă numeroasele publicații, experiența profesională cuprinde mulți ani dedicați domeniului adicțiilor prin cercetări clinice şi lucrul direct cu persoane afectate.

Interviul motivațional ca abordare clinică a trezit un viu interes de la prima sa ediție, în 1991. Astfel, confruntați cu numeroase solicitări de formare clinică, autorii au format 300 de persoane care ulterior au pus bazele unei rețele de formatori ce s-au reunit într-o organizație internațională a formatorilor în interviul motivațional, organizație vizibilă prin pagina web www.motivationalinterview.org. Extinderea aplicabilității acestei metode clinice de la adicții la alte domenii cum ar fi asistența socială, sănătatea mintală în general, justiția penală etc. a condus la reeditarea cărții în 2002, la Guilford Press, New York. Prezentarea de mai jos reprezintă o sistematizare a informațiilor prezentate în această nouă ediție.

II.4.1. Definiții şi termeni

Interviul motivațional nu este, aşa cum reiese din denumire, un interviu în sine, cu întrebări standard şi răspunsuri cuantificabile, ci o metodă de consiliere directivă, centrată pe client prin care se urmărește creşterea intrinsecă a motivației pentru schimbare prin explorarea şi rezolvarea ambivalenței.

Există o serie de termeni folosiți în explicarea interviului motivațional care reflectă principiile care stau la baza acestei metode:

• Ambivalența reprezintă un aspect normal al naturii umane. Aceasta reflectă nesiguranța cu privire la o anumită situație. Dorim sau vrem să facem un anumit lucru, dar în acelaşi timp refuzăm să acționăm din diferite considerente. Ambivalența capătă nuanțe patologice în momentul în care persoana rămâne blocată în indecizia sa (de a renunța la alcool, droguri, de a produce o schimbare semnificativă în viață etc.) astfel încât frustrările, regretele şi intensitatea emoțiilor devin un impediment pentru funcționarea sa psihosocială.

• Balanța decizională este un instrument de lucru prin intermediul căruia consilierul reflectă pentru clientul său beneficiile şi costurile a două comportamente opuse care constituie subiectul ambivalenței: comportamentul dăunător (ex. consumul de alcool în cazul persoanelor dependente) şi comportamentul sănătos (ex. renunțarea la alcool). Astfel, pentru a ilustra exemplul dintre paranteze se foloseşte o fişă a balanței decizionale care cuprinde cele două „teme" principale, fiecăreia fiindu-i atribuite beneficiile, respectiv costurile aşa cum sunt ele percepute de către client: tema 1 – „continui să beau alcool": beneficii („mă relaxează", „pot sa spun ce am pe suflet", „sunt cu prietenii" etc.) şi costuri („familia mă respinge", „tremur a doua zi", „nu mă pot concentra", „iau şi pastile şi asta face să-mi fie şi mai rău" etc.); tema 2 – „renunț la consumul de alcool":

beneficii („familia este alături de mine", „mă simt mai bine din punct de vedere fizic" etc.) şi costuri („nu pot să spun lucrurilor pe nume", „nu voi mai avea un aliat care să mă ajute să uit", „prietenii mă judecă şi mă părăsesc" etc.).

• Exprimarea empatiei printr-o atitudine de respect, acceptare a persoanei şi ambivalenței acesteia. Empatia este o tehnică de lucru prin intermediul căreia consilierul percepe cadrul intern de referință al altuia, cu acuratețe, cu toate componentele sale emoționale şi semnificațiile care-i aparțin "ca şi cum" ar fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiția de "ca şi cum" (Carl Rogers, 1959, apud Gherghinescu, 2001, p. 27). Acceptarea persoanei şi a ambivalenței acesteia se referă la ascultarea activă şi reflexivă fără judecăți de valoare, fără critici sau învinovățiri şi admiterea reticenței vizavi de schimbare ca manifestare normală a procesului.

• **Dezvoltarea discrepanței dintre comportamentul prezent şi valorile clientului.** Creşterea motivației pentru schimbare presupune un proces prin intermediul căruia clientul conştientizează importanța schimbării prin prisma argumentelor aduse de client, argumente ce susțin contradicția între manifestările comportamentale şi ceea ce clientul valorizează în viață (ex. clientul valorizează cinstea, însă îşi dă seama că în toate aspectele vieții sale acesta minte).

• Lupta cu rezistența văzută ca modalitate prin care consilierul, aflat în fața răspunsurilor rezistente ale clientului, îl ajută pe acesta să formuleze argumentele pentru schimbare şi nu le oferă el într-un mod direct, reformulând într-un mod subtil opoziția în favoarea schimbării (ex. Clientul: „Simt că nu mai am putere. Pur şi simplu nu cred că aş putea să mă mai schimb la vârsta aceasta.", Consilierul: „Vă străduiți din greu să realizați schimbarea.").

• Promovarea la client a unei atitudini optimiste, a încrederii în capacitățile sale (autoeficacitate). Acest principiu presupune pe de o parte încrederea pe care consilierul o investeşte în clientul său că acesta are resursele necesare pentru schimbare şi astfel aceasta se transformă în profeție autoîndeplinită, iar pe de altă parte încrederea clientului că se poate schimba, ca factor de motivație în sine.

II.4.2. Etapele interviului motivațional

Interviul motivațional ca metodă este structurat de autorii săi (W. R. Miller şi S. Rollnick, 2002) în două etape în funcție de nivelul de pregătire al clientului pentru schimbare: construirea motivației pentru schimbare şi întărirea angajamentului în schimbare.

1. Construirea motivației pentru schimbare

În această etapă o importanță deosebită se acordă percepției clientului cu privire la schimbare: în ce măsură această schimbare este văzută ca fiind una prioritară şi câtă încredere se acordă şanselor de reuşită. Atât importanța cât şi şansa de reuşită percepute pot fi evaluate în timpul interviului cu ajutorul scalelor

numerice sau procentuale unde 0 este „deloc important”/„total neîncrezător”, iar 10, respectiv 100% este „foarte important”/„extrem de încrezător”.

Acest început creează premisele discursului despre schimbare şi în acelaşi timp poate reprezenta o modalitate de monitorizare pe parcursul şedinţelor.

În cadrul etapei de construire a motivației pentru schimbare apare, inevitabil, rezistența clientului. Aceasta nu trebuie privită ca o modalitate de necooperare din partea clientului în procesul de consiliere, ci mai degrabă ca un răspuns natural și normal din partea acestuia la procesul asistențial. De fapt, rezistența presupune un semnal pe care clientul îl dă consilierului spunându-i că nu este încă pregătit sau ritmul este prea rapid. Un exemplu de rezistență îl poate constitui cazul vârstnicului diabetic care pare că nu vrea să înțeleagă importanța regimului alimentar. Astfel, deși consilierul utilizează informații medicale prin care explică riscurile la care persoana se supune consumând dulciuri preparate cu zahăr, vârstnicul răspunde prin „Știu, dar dulciurile pentru diabetici sunt scumpe” sau „Dumneavoastră nu ştiţi ce înseamnă să trebuiască să te abţii tot timpul şi să-ţi fie tot timpul poftă... apoi... familia mea s-a învăţat să-mi ceară să fac prăjituri, iar mie îmi face plăcere să le gătesc”. Răspunsurile la acest tip de rezistență presupun folosirea unor tehnici de consiliere specifice:

• Reflecția („Este dificil de imaginat că cineva ar putea înțelege ce înseamnă să-ți fie poftă tot timpul și să nu poți să guști...”);

• **Schimbarea perspectivei („Mă bucur mult că ştiţi despre toate aceste lucruri. Spuneți-mi, cum a fost ultima oară când ați mâncat prăjituri?”);**

• Reformularea („Abstinența este într-adevăr frustrantă și gândul că ceva este interzis provoacă disconfort... Cum este acest disconfort la dumneavoastră?”);

• **Evidențierea privind asumarea responsabilității („Decizia privind consumul de dulciuri vă aparține. Tot ce pot să fac eu este să vă spun care sunt avantajele și dezavantajele acestui lucru, însă dumneavoastră hotărâți dacă respectați regimul sau nu.”).**

Creşterea încrederii în schimbare este o altă componentă a construirii motivației pentru schimbare. Această componentă face apel la resursele proprii ale clientului utilizând o serie de tehnici cu ar fi:

• **Întrebările evocatoare prin care sunt stimulate idei de rezolvare a problemei prin intermediul descoperirii calităților personale („Ce obstacole considerați că veți întâmpina în încercarea dumneavoastră de a renunța la dulciurile cu zahăr și cum ați putea să le depășiți?”);**

• **Scala încrederii („Ce anume ar presupune pentru dumneavoastră să înaintați de la încrederea notată cu 4 la cea cu 6?”);**

• Parcurgerea evenimentelor din trecut încununate cu succes („Au existat în trecut momente în care v-ați abținut de la dulciuri? Cum anume ați procedat?”);

• Schimbarea ipotetică („Să presupunem că ați reușit să respectați regimul alimentar și că lucrul acesta vă face să vă simțiți bine cu dumneavoastră înșivă. Dacă ar fi să priviți în urmă, ce anume credeți că a funcționat?").

2. Întărirea angajamentului pentru schimbare

Această fază a interviului motivațional este una de acțiune în care clientul și consilierul colaborează pentru construirea unei strategii de schimbare, utilizând hotărârea privind schimbarea și resursele identificate anterior.

Deși etapa de întărire este mai activă, ea trebuie să aibă același principiu al colaborării și înțelegerii naturii schimbării: ambivalența nu va dispărea complet după luarea hotărârii, motiv pentru care consilierul trebuie să fie conștient că pot exista recăderi prin care clientul repune la îndoială balanța deciziei de a se schimba. În acest caz reacția consilierului trebuie să fie una de suport prin reluarea discuțiilor cu privire la avantajele și dezavantajele schimbării comportamentului problemă, păstrând în același timp atitudinea de îndreptare a responsabilității cu privire la schimbare asupra clientului. Această reacție din partea consilierului previne de asemenea riscul pe care acesta îl poate întâmpina prin prescrierea planurilor de schimbare: din prea mult entuziasm, consilierul poate veni singur cu idei despre ce și cum trebuie să facă clientul, diminuând astfel activarea resurselor proprii ale acestuia. În același timp, prea puțină implicare din partea consilierului este contraindicată: a doua fază a interviului motivațional este una de negociere a variantelor și alternativelor pe care clientul le identifică pentru sine cu sprijinul consilierului.

Procesul de negociere, caracteristic începutului fazei a doua, se referă la **stabilirea scopurilor** ca urmare a două progrese obținute în faza 1: schimbarea este o hotărâre luată de client și acesta este conștient de resursele sale interne și externe. Sarcina consilierului în această etapă este să faciliteze pentru client formularea unor scopuri cât mai specifice, măsurabile, posibil de atins, realiste și încadrate în timp. Această formulare de tip SMART va contribui la alcătuirea unui plan de schimbare coerent. Practic, consilierul trebuie în primul rând să evite capcana expertului în care propune soluții fără a lua în considerare opțiunea clientului. Întrebări ce pot ajuta într-o astfel de formulare: „Ce anume vreți să schimbați?" (răspunsurile trebuie să vizeze comportamente specifice și nu noțiuni generale sau abstracte de genul „viața mea", „căsnicia", „să fiu împăcat cu mine însumi" etc.), „Cum ați vrea să difere lucrurile de situația prezentă?". Întrebările ajutătoare vor fi centrate spre specific: „Ce anume din viața/căsnicia dumneavoastră doriți să schimbați?", „Cum anume v-ați comporta dacă ați fi împăcat cu dumneavoastră?". Măsura comportamentelor dorite rezidă în frecvența acestora (ex. „Să aduc flori soției cel puțin odată pe lună.", „Să cer iertare persoanelor care au suferit din cauza abuzului meu de alcool." etc.). Este indicat să se urmărească răspunsuri care să reflecte resursele proprii clientului care fac ca scopul să fie posibil de atins și în același timp să fie cât mai realiste. Din acest

punct de vedere o importanță deosebită o are principiul autoeficacității unde responsabilitatea schimbării aparține clientului și nu altor persoane din viața acestuia. Un răspuns de tipul „Soția să fie mai iubitoare" privește o schimbare a soției. Comportamentele urmărite în formularea scopurilor trebuie să vizeze acțiuni ce sunt întreprinse de client, nu de alte persoane. Schimbarea este posibilă numai asupra propriei persoane. Responsabilitatea schimbării aparține clientului și nu persoanelor relevante din viața acestuia.

Ulterior stabilirii scopurilor este **luarea în considerare a opțiunilor de schimbare**. Aceste opțiuni se referă la strategiile ce vor fi utilizate în schimbare: resursele interne, suportul social al clientului. Este o etapă mai creativă în care poate fi folosit brainstormingul pentru a crea o listă cât mai cuprinzătoare de posibile strategii pentru atingerea scopurilor fixate. Important este să se sublinieze pentru client că sunt binevenite toate ideile și că ulterior se va reveni asupra lor pentru a le evalua și compara astfel încât în final să se opteze doar pentru câteva. O altă metodă implică din partea consilierului întocmirea unei liste cu posibile soluții abordate de alte persoane care au întâmpinat probleme asemănătoare, listă pe care să o prezinte clientului și din care acesta să aleagă soluții pe care să le adapteze propriei persoane.

După ce scopurile au fost stabilite și lista de strategii posibile generată, urmează **întocmirea planului de schimbare. Această etapă presupune aceeași flexibilitate** caracteristică interviului motivațional. Plecând de la rezultatele obținute anterior vor fi adresate întrebări deschise care să stimuleze cât mai mult opțiunea clientului („Ce anume plănuiți să faceți?", „Care credeți că este primul pas?", „Cum veți proceda?"). Negocierea este principiul de bază în acest punct, sarcina consilierului fiind de a rezuma fiecare strategie negociată astfel încât să se asigure atât acceptul clientului cât și o bună înțelegere din partea consilierului cu privire la plan.

Când se ajunge la o înțelegere comună, pentru a **stimula angajamentul pentru schimbare** se va întocmi o fișă a planului de schimbare cu o structură propusă de consilier cu acordul clientului. Această structură reflectă în mare măsură rezumatul din etapa anterioară, formularea va fi la persoana întâi singular și cuprinde:

Fișa planului de schimbare

1. Cel mai important motiv pentru care vreau să fac această schimbare este:
.....
2. Scopurile mele principale în realizarea acestei schimbări sunt:

a. .....
b. .....
c. .....

3. Plănuiesc să fac următoarele schimbări pentru a-mi atinge scopurile:

Acțiune specifică:	**Când?**

4. Persoanele care mă pot sprijini sunt:

Persoana:	**Cum anume mă poate sprijini?**

5. Obstacole în schimbare și modul în care aș putea să le depășesc:

Posibile obstacole în schimbare:	**Cum aș putea să le răspund?**

6. Voi ști că planul meu funcționează atunci când voi vedea următoarele rezultate:
a. .....
b. .....
c. .....

Scopul acestui plan este de a clarifica cât mai mult posibil pașii de urmat de către client. Funcționalitatea lui depinde de acordul verbal și hotărât al clientului de a-l urma. Consilierul trebuie să ia în considerare faptul că este posibil ca persoana din fața sa să nu se simtă încă pregătită pentru acțiunea propriu-zisă. Nu trebuie insistat în acest caz. Sugerarea de a lua acest angajament asupra căruia clientul să mediteze până la următoarea întâlnire poate fi demersul de urmat.

II.4.3. Interviul motivațional și stadiile schimbării. Prezentare de caz

Interviul motivațional poate fi aplicat la diferite probleme comportamentale, de la adicții (dependența de medicamente, consum de alcool etc.) la situații de viață care implică luarea unor decizii (schimbarea domiciliului, a comportamentului, a medicului de familie etc.). În același timp, interviul motivațional are aplicabilitate și în cadrul altor modele teoretice cum este cel transteoretic (MTT – Modelul Transteoretic, propus de Prochaska și DiCelemente în 1983 și revizuit în 1994).

Acest model oferă un cadru integrativ al schimbării comportamentale presupunând parcurgerea într-o manieră progresivă de către client a șase stadii specifice: precontemplativ (persoana nu consideră că are o problemă), contemplativ (recunoaște că are o problemă și se gândește să ia în considerare schimbarea, persoana este ambivalentă), stadiul determinării (persoana ia hotărârea schimbării), stadiul acțiunii (persoana se angajează în diferite acțiuni pentru schimbare), stadiul menținerii (persoana menține sau nu acțiunea pentru schimbare), stadiul (re)căderii (persoana renunță la schimbare, cade sau – după caz – recade în comportamentul problematic).

Modelul propus de Prochaska și DiClemente (1983, 1994) este un cerc, ceea ce presupune că individul parcurge procesul/stadiile de câteva ori înainte de a realiza o schimbare stabilă. Motivația pentru schimbare în cadrul acestei abor-

dări trebuie înțeleasă ca starea de probabilitate a unor anumite comportamente în prezent sau stadiul în care se află persoana ca pregătire pentru schimbare. Înțelegerea de către consilier a momentului în care se află o persoană care întâmpină o problemă facilitează procesul de consiliere și intervenția specifică.

Utilizarea interviului motivațional în acest model se face de asemenea în funcție de locul unde se află clientul pe cercul schimbării. Astfel, prima fază a interviului motivațional, construirea motivației pentru schimbare, corespunde stadiilor precontemplativ și contemplativ unde sarcina consilierului este de a conștientiza clientul despre problema sa și de a colabora cu acesta în vederea rezolvării ambivalenței. A doua fază a interviului motivațional, întărirea angajamentului pentru schimbare, corespunde stadiilor determinării, acțiunii și menținerii. În al șaselea stadiu, (re)căderea, principiile și tehnicile abordate de interviul motivațional sunt esențiale în acordarea suportului de care are nevoie clientul, în acest moment foarte vulnerabil: normalizarea situației, absența judecării, creșterea motivației pentru reluarea stadiilor din cercul schimbării: contemplativ, determinării, acțiunii și menținerii.

Pentru a ilustra practic folosirea interviului motivațional în cadrul Modelului Transteoretic vom utiliza exemplul Doamnei C. în vârstă de 73 de ani care locuiește împreună cu fiul său, domnul M., divorțat, fără copii și fără ocupație, în vârstă de 46 ani. Doamna C. are o situație medicală complexă, suferind de claudicație intermitentă, cataractă, ulcer perforat și hipertensiune arterială. Cu o pensie de 410 lei, nu reușește să facă față cheltuielilor lunare. Cu toate acestea, în ziua în care primește pensia, primul lucru la care se gândește Doamna C. este să-i dea bani fiului său „(...) să-și mai ia și el câte ceva. Săracul, nu are nici cu ce se îmbrăca.". Odată pe lună Domnul M. iese în oraș cu prietenii să bea. Când vine acasă se poartă violent cu mama sa: o înjură, uneori o îmbrâncește, face scandal ore întregi. Când este întrebată despre modul în care se simte în legătură cu acest comportament al fiului, Doamna C. îl scuză spunând că „era beat".

Stadiul precontemplativ. În acest stadiu există patru tipuri de răspunsuri care se traduc prin reticență vis a vis de existența unei probleme: reluctanță, revoltă, resemnare și raționalizare. În funcție de aceste răspunsuri, consilierul poate avea diferite reacții. Important pentru persoanele precontemplative nu este să li se spună și să accepte faptul că au o problemă, ci să li se inducă ideea că există o problemă în legătură cu un comportament specific.

• Persoanele reluctante sunt mai degrabă pasive, nu sunt conștiente de faptul că au o anumită problemă. Motivarea unor astfel de persoane necesită timp, ascultare atentă și empatie pentru dirijarea către conștientizare. Doamna C. va fi ascultată despre problemele sale de sănătate și dificultățile pe care le întâmpină cu fiul său care îi cere tot timpul bani. Răspunsurile de reflectare (ex. „...și dumneavoastră rămâneți fără bani de medicamente...") pot contribui la facilitarea conștientizării cu condiția ca întrebările să nu insiste pe relevarea problemei.

• **Persoanele care se revoltă au cunoştinţă despre comportamentele problemă** şi chiar au investit foarte multă energie în acestea. Doamna C. este o mamă extrem de preocupată de starea de bine a fiului său pe care îl încurajează permanent atunci când acesta se confruntă cu o situație inconfortabilă (nu reuşeşte să se angajeze, se simte rău după o noapte de beție etc.). Răspunsul Doamnei C. care manifestă revoltă la ideea că fiul său reprezintă o problemă pentru dumneaei va fi cel mai probabil „N-o să-mi spuneți mie cum să mă port cu copilul meu!". Cel mai bun demers al consilierului în acest caz este să accepte acest punct de vedere „Cu siguranță dumneavoastră știți cel mai bine cum este relația cu fiul dumneavoastră şi eu nu am nici o intenție să schimb această părere a dumneavoastră". Un astfel de răspuns contribuie la scăderea intensității cu care mama îşi apără fiul.

• **Persoanele resemnate sunt persoane care par lipsite de energie în abordarea** temei comportamentului problemă. Răspunsul Doamnei C. în acest caz ar putea fi „Este singurul meu copil. Doar el mi-a rămas." Mesajul este că e prea târziu să încerce să facă ceva pentru a schimba relația cu fiul său. Răspunsurile consilierului trebuie să vizeze redarea/insuflarea speranței. În acest caz consilierul nu trebuie să cadă în capcana de a vedea sursa tuturor „relelor" în fiu, ci întrebările să vizeze nevoia mamei de a se schimba prin recadrarea percepției vis a vis de modul în care relația cu fiul său ar putea să decurgă. Această schimbare de percepție în stadiul precontemplativ poate fi introdusă prin întrebarea „Cum obişnuiați să vă imaginați, atunci când domnul M. era copil, că ar fi arătat azi relația cu fiul dumneavoastră?"

• Precontemplatorii raționali sunt de asemenea persoane energice în sensul că sunt permanent preocupați de argumentarea motivelor pentru care comportamentul problemă nu ar trebui schimbat. Dacă Doamna C. ar fi un precontemplator rațional, atunci probabil va spune consilierului despre faptul că fiul său, deşi a venit beat şi s-a purtat urât, de vină sunt prietenii lui, va vorbi despre criza economică şi dificultățile de a găsi (şi păstra) un loc de muncă, despre patroni care exploatează forța de muncă etc. Argumentele vizează cogniții şi mai puțin emoții şi sunt de cele mai multe ori blamări exterioare ce tind să conducă discuția în afara procesului de consiliere. Relația Doamnei C. cu fiul său poate fi readusă în discuție prin explorarea emoțiilor vis a vis de acesta: „Ce simțiți pentru fiul dumneavoastră?" (se vor adresa întrebări atât despre momentele pozitive, cât şi negative ale relației). Această explorare are ca scop plasarea, într-o balanță decizională, a argumentelor pro şi contra statusului relației.

Stadiul contemplativ este momentul în care clientul recunoaşte că are o problemă şi începe să se gândească cum să o rezolve. Sarcina consilierului în acest stadiu este de a facilita, prin intermediul balanței decizionale, luarea deciziei de schimbare. Se poate interpreta că, odată recunoscută o problemă şi odată apărută disponibilitatea de a o rezolva se poate trece direct la acțiune. Nu

este însă momentul în acest stadiu căruia caracteristic este ambivalența. Luarea deciziei de schimbare este un proces îndelungat, cu progrese și reveniri. Consilierul, prin oferirea de informații, feedback, empatie, ascultare atentă, rezumare și responsabilizare a clientului, trebuie să încline balanța decizională în favoarea schimbării. Acest lucru poate fi realizat prin explorarea beneficiilor comportamentului nedorit și a gândurilor pozitive legate de comportamentul care se dorește a fi schimbat.

În cazul nostru, Doamna C. realizează faptul că îngăduința pentru comportamentul iresponsabil al fiului său adult îi provoacă stare de nemulțumire față de sine. Cu toate acestea, Domnul M. este unicul ei fiu și nu poate renunța pur și simplu la modul în care l-a tratat toată viața, nu-l poate da afară din casă. Doamna C. nu trebuie însă să facă aceste lucruri pentru a avea o stare de bine. Consilierul poate intui că lucrurile enumerate de vârstnică sunt posibile soluții pentru aceasta sau poate imagina faptul că o reevaluare a relației cu fiul său este cel mai indicat lucru. De fapt, singura persoană care știe cel mai bine care este cea mai bună soluție este chiar Doamna C. Astfel, încercarea de definire a stării de mulțumire cu sine așa cum este ea percepută de către clientă poate constitui premisele de la care se poate porni în construirea balanței decizionale. Astfel, starea de mulțumire față de sine a Doamnei C. poate apărea atât în imaginarea unei atitudini hotărâte față de fiul său privind contribuția acestuia la cheltuielile lunare (comportament dorit), cât și în satisfacția resimțită când reușește să-și ajute copilul cu niște bănuți (comportament actual). De fapt, în cazul Doamnei C. nu este vorba de un singur comportament ce ar putea fi schimbat pentru a crea starea de mulțumire, ci de o întreagă percepție asupra relației acesteia cu fiul. Definirea stării de mulțumire din punctul de vedere al Doamnei C. este foarte importantă din două puncte de vedere: pe de o parte consilierul se asigură de faptul că va lucra cu „materialul clientului" și nu cu percepțiile proprii, iar pe de altă parte această definire ajută la operaționalizarea conceptului de „stare de mulțumire" în comportamente specifice care vor fi ulterior abordate separat în vederea schimbării.

Stadiul determinării presupune faptul că a fost luată decizia de schimbare. Cu toate acestea, trecerea directă la acțiune nu este încă cea mai bună alegere. În acest stadiu ambivalența nu este complet rezolvată. De aceea, este necesară o bună evaluare a strategiei de schimbare înainte de a acționa. Această strategie poate fi construită prin intermediul brainstormingului sau prin sugerarea unei liste de opțiuni din care clientul să aleagă și pe care să le adapteze propriei persoane.

Pentru Doamna C. schimbarea percepției relației cu fiul său este una complexă. Așa cum s-a arătat mai sus, această schimbare implică mai multe schimbări, dar de această dată a unor comportamente concrete. Cel mai util pentru Doamna C. este ca, după ce s-a întocmit lista comportamentelor care definesc

starea de mulțumire (în stadiul contemplativ), să se refacă ordinea comportamentelor dorite a fi schimbate în funcție de prioritatea acestora. Consilierul poate considera că cel mai important este ca Doamna C. să identifice o persoană resursă care să o ajute în procesul de schimbare, însă pentru Doamna C. important este să-şi poată lua medicația lunară. Acest lucru poate fi realizat dacă Doamna C. nu mai dă bani din pensie fiului său pe care îl anunță în acest sens. Plecându-se de la acest comportament specific, se întocmeşte planul de schimbare (important este ca acest plan să fie întocmit în limbajul folosit de Doamna C.)

Fişa planului de schimbare

1. Cel mai important motiv pentru care vreau să fac această schimbare este să mă simt mulțumită de mine însămi.

2. Scopul meu în realizarea acestei schimbări este: să conştientizez pe fiul meu despre importanța medicației mele.

3. Plănuiesc să fac următoarele schimbări pentru a-mi atinge scopurile:

Acțiune specifică:	**Când?**
a. Să vorbesc cu fiul meu despre bolile mele şi ce mi se poate întâmpla dacă nu-mi iau pastilele; b. Să îmi anunț băiatul că nu voi mai putea să îl ajut cu bani.	Mâine, după masa de prânz.

4. Persoanele care mă pot sprijini sunt:

Persoana:	**Cum anume mă poate sprijini?**
Doamna X, vecina de la etajul 4 care ne ajută cu mâncare.	Poate să îi arate băiatului ultima externare din spital şi să citească ce mi-a recomandat doctorul. Poate să-i spună ce se poate întâmpla cu mine dacă nu iau toate pastilele.

5. Obstacole în schimbare şi modul în care aş putea să le depăşesc:

Posibile obstacole în schimbare:	**Cum aş putea să le răspund?**
Fiul meu nu vrea să stăm de vorbă. Doamna X nu poate veni mâine la prânz. Băiatul se enervează şi dă vina pe stat că nu mă ajută.	Insist că este important pentru mine să avem o discuție. O rog să facă un efort, dacă nu planific o altă zi, când poate fi prezentă. Îi voi spune că până să mă ajute statul trebuie să mă ajut singură.

6. Voi şti că planul meu funcționează atunci când voi vedea următoarele rezultate: Doamna X acceptă să mă ajute; băiatul meu a înțeles că vreau să mă ocup de mine şi că trebuie să-mi iau toate medicamentele; băiatul meu spune că se apucă din nou de căutat un loc de muncă.

Stadiul acțiunii este cel în care clientul se angajează în schimbare. Sarcina consilierului în acest stadiu este de a oferi sprijin şi feedback pe măsură ce clientul implementează schimbarea. În acelaşi timp consilierul stimulează autoeficacitatea clientului, face o reevaluare a nivelului motivației pentru schimbare şi facilitează pentru acesta conştientizarea faptului că reuşitele se datorează capacității sale de a interioriza motivul schimbării.

Doamna C. povestește despre cum a decurs discuția cu fiul său, cum s-a simțit verbalizând către acesta hotărârea luată. Pot apărea discuții legate despre modul în care a fost comunicată această hotărâre, dificultățile întâmpinate etc.

Stadiul menținerii, aşa cum reiese din denumire, presupune acțiuni ce se referă la întărirea reuşitelor, fiind în acelaşi timp un proces de prevenire a recăderii. Autorii modelului transteoretic vorbesc despre reluarea stadiilor schimbării de mai multe ori înainte de a realiza schimbarea definitivă. De aceea, în acest stadiu, sarcina consilierului cade din nou pe reevaluarea nivelului motivațional şi pe sprijin în aprecierea posibilelor noi obstacole. Nu este exclus ca în acest stadiu să existe noi ajustări ale planului de schimbare.

Doamna C. simte mândrie pentru reuşita de a fi vorbit cu fiul său şi mai ales pentru faptul că poate să-şi cumpere toate medicamentele care-i asigură o stabilitate a stării de sănătate. Resimte totuşi frică cu privire la posibilele reacții ale fiului şi uneori cu privire la tentația sa de a-şi ajuta fiul. Este firesc ca după ce o viață întreagă şi-a susținut financiar şi moral copilul, să renunțe dintr-o dată tocmai acum. Sarcina consilierului, pe lângă întărirea reuşitei, este de a introduce noi teme în funcție de ceea ce resimte Doamna C.: exersarea comunicării asertive cu fiul cu privire la hotărârea de schimbare şi „cum va reacționa Doamna C. atunci când va simți nevoia de a-şi ajuta fiul" (care sunt indicii care semnalează dorința Doamnei C. de a da bani fiului; cum va reacționa – comportamente specifice – atunci când va resimți această dorință (comportamentele nu trebuie sugerate, ci trebuie să vină din partea clientei): va merge să vorbească cu Doamna X, va spune o rugăciune de întărire etc.).

Stadiul (re)căderii constituie o etapă normală în procesul de schimbare. Factori interni cum sunt obişnuința sau dependența de comportamentul dăunător sau factori externi ce nu țin de controlul clientului (persoana aleasă ca suport nu este disponibilă în momentul respectiv; schimbări în viața socială şi familială etc.) provoacă reluarea deprinderilor anterioare. Sarcina consilierului este în primul rând de a oferi sprijin. În stadiile anterioare clientul a investit multă energie: atât fizică, cât mai ales psihică, speranțe. Căderea poate fi extrem de dureroasă, apar sentimente de vinovăție şi deznădejde, depresia se poate instala uşor. Important este ca aceste reacții să fie normalizate încă de la debutul lor şi să se arate că experiența respectivă este de fapt o ocazie de a învăța şi nu un eşec.

Fiul Doamnei C. ajunge acasă deprimat. Spune mamei sale că nu-şi va găsi nicicând un loc de muncă: nu are nici măcar papuci şi o haină cu care să se prezinte la un interviu sau la o discuție cu un angajator. Doamna C. se gândeşte că dacă îi va asigura îmbrăcămintea şi încălțămintea fiului, acesta îşi va găsi un loc de muncă şi amândoi vor fi mulțumiți: îi dă acestuia bani. Domnul M. vine câteva ore mai târziu acasă: beat. Doamna C. nu mai are bani de pastile pe luna respectivă şi suportă înjurăturile copilului ei. Totul este ca înainte. Empatia consilierului şi reflecția constituie sprijinul inițial, de normalizare a sentimentelor resimțite în prezent; prin reformulare se poate introduce reluarea stadiilor din cercul schimbării prin reevaluarea motivației şi a planului de schimbare (ex. „Faptul că ați reuşit atâta timp să vă mențineți hotărârea arată că sunteți o persoană puternică. Oamenii de ştiință spun că pentru a realiza o schimbare definitivă trebuie să putem trece prin astfel de experiențe pentru că ele ne ajută să învățăm cum să facem să nu se mai întâmple. Dumneavoastră ce considerați că ați învățat din faptul că ați renunțat la banii de medicamente?")

Exemplele de mai sus ilustrează doar anumite situații de practică cu persoane vârstnice în care a fost folosit interviul motivațional şi Modelul Transteoretic. Problemele vârstnicilor sunt însă extrem de variate şi modul în care consilierul facilitează schimbarea comportamentelor utilizând tehnicile interviului motivațional şi alte tehnici şi modele teoretice învățate depinde nu doar de capacitatea de structurare a informațiilor teoretice, cât mai ales de creativitatea consilierului şi de conştientizarea de către acesta a faptului că expertul în problema clientului este clientul însuşi.

II.5. REZILIENȚA PERSOANELOR VÂRSTNICE

II.5.1. Perspective teoretice

Reziliența este considerată ca fiind o caracteristică a personalității care moderează efectele negative ale stresului şi promovează adaptarea (Richardson, 2002, *apud.* Wells, 2010). Deşi conceptul de reziliență nu este unul nou, el a pătruns în ştiințele socio-umane în anii `70 când studiile de cercetare s-au centrat asupra diferențelor de adaptare a persoanelor la acelaşi eveniment traumatic (Munteanu, Muntean, 2011). S-a remarcat astfel că în prezența aceluiaşi stresor, unii oameni reuşesc să facă față problemelor prin adoptarea unor comportamente adaptative (înfruntă problema apelând la resursele interne şi externe), în vreme ce alte persoane clachează, angajându-se în comportamente autodistructive (neagă existența problemei sau fug de aceasta, consumă alcool sau alte substanțe în dorința de a uita etc.).

Conceptul de reziliență reprezintă o abordare nouă în sensul în care nu se centrează pe identificarea şi analiza problemelor unui individ, ci pe identificarea calităților interne şi externe care-l ajută pe acesta să facă față sau să depăşească

diferite situații de viață. Întrebarea la care s-a încercat un răspuns în construirea conceptului a fost „Ce caracteristici au persoanele care depășesc anumite situații dificile de viață spre deosebire de persoanele care adoptă în situații similare comportamente distructive?" (Richardson, 2002)

Cel mai citat studiu cu privire la calitățile reziliente este cel al lui Emmy Werner (1982) și al colegei sale R. Smith (Werner & Smith, 1992) care au raportat rezultatele unui studiu longitudinal început în 1955, având ca subiect principal o populație multirasială de copii pentru care s-a prezis că se află în situații de risc major datorită a patru categorii de factori de mediu. Aproximativ 200 din cei 700 de copii investigați se aflau în risc datorită riscului perinatal, sărăciei, instabilității cotidiene și problemelor grave de sănătate mintală a părinților. Rezultatele au arătat că 72 din cei 200 de copii au progresat foarte bine, în ciuda factorilor de risc. Werner a categorizat calitățile reziliente în caracteristici personale: să fie femeie, robustă, responsabilă din punct de vedere social, adaptabilă, tolerantă, orientată spre realizări, bun comunicator și să aibă o stimă de sine ridicată. De asemenea, studiul a subliniat influența mediului asupra modului în care tinerii au făcut față situațiilor dificile. Alți autori (Michael Rutter (1979, 1985), Garmeyz, Masten și Tellegen (1984)) au completat lista calităților reziliente: climat școlar pozitiv, îndemânare, autoeficacitate, abilități de planificare, relație apropiată și călduroasă cu un adult, expectanțe ridicate, locus control intern, autodisciplină, perspective pozitive, abilități de rezolvare constructivă de probleme, gândire critică și umor.

Psihologia pozitivă (Selligman și Csikszentmihalyi, 2000) au adăugat calităților reziliente: fericirea, starea de bine subiectivă, optimismul, credința, autodeterminarea, creativitatea, moralitatea și autocontrolul, gratitudinea, iertarea, speranța și umilința.

Identificarea calităților individuale a permis dezvoltarea teoriei rezilienței văzută ca proces în care calitățile considerate ca fiind reziliente sunt atinse printr-o lege a întreruperii și reintegrării (Flach, 1997). Pe parcursul vieții o persoană trăiește diferite evenimente cărora, pentru a le face față, dezvoltă calități reziliente astfel încât evenimentele respective devin rutină și nu blochează cursul vieții. Oamenii învață să-și administreze singuri gospodăria, să aibă grijă de nevoile personale, să gătească etc. fără să perceapă aceste lucruri ca fiind o ruptură în viața personală (Richardson, 2002). De cele mai multe ori factorul care poate determina întreruperea este dat de evenimentele de viață care presupun schimbare. Oamenii tind să prefere evenimente și situații care îi fac să se simtă confortabil, care le sunt familiare. Alegerea liceului, angajarea, căsătoria, schimbarea locului de muncă, pensionarea – toate aceste evenimente au potențial de dezvoltare personală. Însă acestea sunt evenimente care pot declanșa emoții și introspecții. Reintegrarea reziliență presupune dezvoltarea personală prin intermediul schimbărilor care apar în viața unei persoane. Reintegrarea disfuncțională apare atunci când se recurge la consum de substanțe sau alcool și

alte comportamente disfuncționale și/sau autodistructive. Evenimentele de viață care se pot constitui în factori de risc sunt gânduri, sentimente și experiențe care nu au fost trăite înainte sau care - dacă au fost trăite – nu au fost rezolvate într-un mod constructiv.

Procesul prin care se dezvoltă și sunt integrate calitățile reziliente este rezultatul nu doar a caracteristicilor personale, ci mai degrabă a modului în care aceste caracteristici sunt influențate de factorii familiali, de mediu și de cei culturali. Astfel, reziliența apare ca un concept dinamic în care nivelul familial, cel al relațiilor sociale și al societății în general se intersectează cu cel individual în procesul de adaptare. Într-o situație dată, absența calităților individuale poate fi suplinită de modul în care membrii familiei înțeleg să fie alături de persoana care traversează o perioadă dificilă, de prezența unui sistem eficient de servicii comunitare sau chiar de umorul specific societății.

Reziliența unei persoane depinde în mare masură și de etapa de viață pe care aceasta o traversează. Integrarea cu succes a etapelor anterioare specifice dezvoltării umane (copilărie, pubertate, adolescență, tinerețe, vârsta de mijloc, vârsta adultă târzie) reprezintă un factor de protecție care girează integrarea evenimentelor prezente. Cu toate acestea, un individ poate fi rezilient față de o problemă și mai puțin rezilient față de un alt eveniment de viață. De exemplu poate face față cu succes eșuării la un examen școlar, însă mai târziu clachează ca urmare a pierderii locului de muncă. Care au fost factorii care au contribuit la depășirea primului eveniment și cei care nu au fost activați în confruntarea cu cel de-al doilea eveniment? Pot fi transpuse calitățile care au ajutat persoana să traverseze insuccesul școlar la situația de pierdere a locului de muncă? Ce alte resurse interne sau externe are persoana respectivă? Acestea sunt intrebări care au condus extinderea conceptului de reziliență la domeniul asistențial, sub denumirea de *reziliență asistată.* Conceptul de „reziliență asistată" introdus de Șerban Ionescu (2010) face referire la intervențiile specialiștilor în sănătatea mintală pentru a ajuta persoanele, familiile, comunitățile și societățile să facă față situațiilor de risc (Munteanu, Muntean, 2011).

II.5.2. Factori protectivi abordabili în lucrul cu persoanele vârstnice

Îmbătrânirea este un proces care implică numeroase situații de risc și evenimente stresante, de la alterarea funcțiilor cognitive și senzoriomotorii la pierderea persoanelor dragi sau incapacitatea de a păstra nivelul de activism. Complexitatea afecțiunilor fizice și psihice la persoanele vârstnice face ca procesul de evaluare a acestora să primeze în fața înțelegerii nevoilor persoanelor evaluate (Kivnick & Murray, 2001, *apud.* Langer, 2010).

Studiile în ceea ce privește reziliența persoanelor vârstnice arată corealții pozitive între relații sociale puternice și niveluri ridicate de reziliență (Wells, 2009) însemnând că, cu cât vârstnicul are prieteni mai mulți și relații de prietenie puternice, cu atât face față mai ușor problemelor legate de îmbătrânire. În

același timp Wagnild (1990) a găsit o relație pozitivă între satisfacția de viață și reziliență, iar alte studii calitative au confirmat ca predictori ai unui nivel ridicat de reziliență optimismul, stima de sine, numărul zilelor petrecute cu prieteni, nivel scăzut al depresiei (Easley & Schaller, 2003; Hinck, 2004; Kinsel, 2005 *apud.* Wells, 2010).

Rezultatele studiilor amintite atrag atenția asupra variabilelor pe care dorim să le dezvoltăm în cadrul relației de consiliere. Wagnild și Young (1990) au identificat cinci teme care descriu experiența adaptării cu succes la îmbătrânire (*apud.* Langer, 2010). Acestea sunt:

1. Calmul – oferă posibilitatea de a lua în considerare o gamă mai largă de experiențe, de a considera evenimentele stresante prin prisma nu doar a eșecurilor, dar și a reușitelor și de a realiza o balanță între acestea înainte de a oferi un răspuns la situația dată.

2. Perseverența – boala, pierderea unor persoane dragi, incapacitatea de a face față nevoilor nepoților poate descuraja orice persoană; capacitatea de a fi constant în ceea ce privește dorința de depășire a situațiilor grele de viață contribuie la realizarea obiectivului propus.

3. Încrederea în forțele proprii – depășirea cu succes a unor experiențe trecute favorizează creșterea încrederii în capacitatea de a se baza pe forțele proprii atunci când alte evenimente dureroase apar în viata unei persoane.

4. Singurătatea existențială – acest concept se referă la acele experiențe cărora o persoană a învățat să le facă față singură și pe care a ales să nu le împărtășească. Este o trăire internalizată ca câștig în fața unui eveniment dureros.

5. Semnificație – realizarea faptului că, în ciuda adversităților viața are un scop; capacitatea de a da o semnificație evenimentelor trăite, reprezintă un factor de protecție intern care poate fi abordat în procesul de consiliere.

Fără a ne limita la descoperirile făcute de cercetările în domeniu, reziliența asistată reprezintă o abordare în lucrul cu persoanele vârstnice. Firește, fiecare individ este unic și trebuie tratat ca atare. Deși marea majoritate a problemelor sunt comune vârstei, nu trebuie uitat faptul că fiecare persoană dezvoltă, pe parcursul vieții sale, mecanisme de apărare și strategii de coping diferite și beneficiază de factori de protecție variați în funcție atât de caracteristicile individuale cât și de cele ale familiei în care a crescut, ale familiei pe care a construit-o și ale prieteniilor pe care și le-a format, de cele ale comunității în care a reușit să se integreze și de cele ale societății în care a ales să trăiască. Lucrul cu persoanele vârstnice înseamnă o explorare a tuturor acestor variabile cu scopul evidențierii aspectelor pozitive și a includerii acestora în construirea unei noi abordări a situațiilor cu care acestea se confruntă.

II.6. INSTRUMENTE DE LUCRU ÎN ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ[27]

II.6.1. CONTRACT DE ASISTENȚĂ PSIHOLOGICĂ

Încheiat între _____, în calitate de psiholog, cu activitate în cadrul Asociației Alternative Sociale și Flavian Popovici, în calitate de beneficiar al ședințelor de consiliere oferite ca parte a serviciilor psihosociale pentru persoanele vârstnice. În cadrul acestei anexe se stipulează următoarele:

Considerații privind serviciile psihologice

1. Frecvența ședințelor de consiliere: **ședințele vor avea loc o dată pe săptămână.**
2. Durata ședințelor de consiliere este de 50 minute.
3. Obiectivele stabilite de comun acord cu clientul pentru ședințele de consiliere sunt următoarele:
   a. Restructurarea convingerilor vechi ale clientului, care îi influențează negativ modul de viață;
   b. Descoperirea de sine în vederea înțelegerii de către client a mecanismelor care determină apariția depresiei;
   c. Reducerea simptomelor depresive.

Responsabilitățile psihologului în ceea ce privește confidențialitatea

În calitate de psiholog al clientului Flavian Popovici, mă angajez să respect confidențialitatea tuturor informațiilor la care am acces în timpul ședințelor de consiliere, excepție fiind următoarele situații reglementate de lege:

1. Din cele relatate de client, reiese că viața sa a fost/este/poate fi pusă în pericol;
2. Când însuși clientul a pus/pune/poate pune în pericol viața altor persoane;

Totodată,

3. Unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere pot constitui subiectul unor lucrări cu caracter științific sau sesiuni de comunicare între profesioniști, fără divulgarea identității clientului/clienților, aceasta rămânând anonimă;
4. Unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere pot fi transmise membrilor echipei multidisciplinare cu scopul bunăstării clientului.

[27] Datele de identificare ale persoanelor folosite ca exemplu în această metodologie sunt fictive.

Responsabilitățile clientului

În calitate de beneficiar al serviciilor de asistență psihologică, mă angajez să respect următoarele:

1. Programul ședințelor de consiliere stabilit în această anexă;
2. Să anunț în cazurile în care, din anumite motive, nu pot fi prezent la ședințe;
3. Să colaborez cu psihologul în vederea realizării obiectivelor stabilite pentru ședințele de consiliere.

Această anexă a fost întocmită în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte, în urma consimțământului beneficiarului.

Data: 27.06.2010

Beneficiar, Flavian Popovici _____

Psiholog, _____ _____

II.6.2. RAPORT DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ

Număr de înregistrare al cazului: 73/19 iunie 2009.
Numele beneficiarului: Flavian Popovici
Vârsta: 60 ani .
Studii: Liceul Economic
Evaluare psihologică realizată de: _____, psiholog în cadrul Asociației Alternative Sociale.

Numărul de întâlniri realizate: Au avut loc două întrevederi cu clientul Flavian Popovici, la data de 27 iunie şi 3 iulie 2009.

Metode de evaluare folosite:

Pentru realizarea evaluării psihologice au avut loc două interviuri clinice semistructurate cu clientul şi au fost folosite următoarele teste psihologice: Scala de Depresie Geriatrică (GDS-15), Proba A. Rey pe bază de cuvinte, Testul matricelor progresive Raven, Neo PI-R.

Caracteristici psihomedicale ale vârstnicului:

- **Familia**: Relațiile de cuplu ale clientului sunt tensionate. Domnul Popovici comunică rareori telefonic cu soția sa, Margareta,în vârstă de 55 ani, care a plecat în Italia în urmă cu trei ani pentru a lucra ca menajeră. Cei doi copii ai familiei sunt Ioan, în vârstă de 25 de ani, stabilit în Anglia şi Mădălina, în vârstă de 30 de ani, care locuieşte în Iaşi. Clientul păstrează legătura telefonic cu Ioan, iar Mădălina îl vizitează zilnic.
- **Situația materială:** Flavian Popovici locuieşte singur într-un apartament cu trei camere, care este dotat modest. Clientul nu are niciun venit propriu, cheltuielile de întreținere lunare fiind acoperite din banii primiți de la soția sa şi administrați de fiica acestora.
- **Starea de sănătate:** Domnul Popovici urmează un tratament lunar prescris de medicul specialist, întrucât este diagnosticat cu diabet, dar şi cu alte afecțiuni ce necesită terapie medicamentoasă. De asemenea, acesta prezintă tulburări de mobilitate, în urma unei operații suferite la coloana vertebrală lombară, datorată diagnosticării cu hernie de disc. Domnul Popovici este compliant la tratament.
- **Relațiile sociale**: Clientul nu păstrează legături apropiate cu prietenii, nici cu vecinii de bloc, iar aceştia îl ajută doar ocazional.

Caracteristici comportamentale:

La şedințe, domnul Popovici a avut un aspect curat, dar neglijent. Inițial, clientul a fost reticent în ceea ce priveşte participarea la întrevederi, pentru ca apoi reținerea sa să se diminueze, concomitent cu creşterea dorinței de autocunoaştere şi depăşire a momentului de criză la nivel afectiv.

Evaluarea funcțiilor cognitiv-intelectuale:

Datele psihometrice indică o inteligență medie a clientului. Funcția mnezică este situată în parametri normali, atât pe componenta de recunoaștere, cât și pe cea de reproducere. La nivel de memorie autobiografică, domnul Popovici nu prezintă disfuncționalități.

Evaluarea dimensiunii afective a vârstnicului:

Pe plan afectiv, conform datelor psihometrice și observației, se constată tendințe depresive accentuate, manifestate prin scăderea poftei de mâncare a clientului, insomnii repetate, recurența unor cogniții negative referitoare la propria persoana, la viitorul său și la situația sa actuală. Aceste simptome durează de aproximativ două săptămâni. Domnul Popovici refuză să părăsească locuința, nu își pregătește mesele și evită relațiile cu cei din jur. Plânge, din spusele sale frecvent, întrucât trăiește sentimente de suspiciune la adresa soției sale și se simte abandonat de aceasta. Totodată, se simte copleșit de singurătate. Clientul este influențat negativ de abilitățile sale fizice reduse, care îi limitează spectrul de activități pe care le poate realiza și îi oferă o perioadă lungă de timp pentru ruminarea gândurilor negative. Domnul Popovici are antecedente depresive și mărturisește ideația suicidară fără tentativă de suicid pe care a avut-o în urma falimentului financiar din anul 2004.

Aspecte ale profilului psihologic:

Datele psihometrice și interviul clinic evidențiază următoarele aspecte din profilul psihologic al clientului:

- Suspiciunea: Clientul este neîncrezător, prezintă o susceptibilitate foarte ridicată față de intențiile celor din jur și caută elemente contextuale care să îi confirme suspiciunile, chiar dacă evidențele îi contrazic prezumpțiile.
- Capacitate ridicată de autocontrol: această trăsătură a clientului determină rigiditate comportamentală, capacitate mică de detensionare, acumularea de tensiuni interne. Se remarcă și o puternică inhibiție emoțională a clientului, care cenzurează manifestările sentimentale în fața unor persoane străine.
- Introversia: Se constată că domnul Popovici are un univers afectiv bogat și tendința de autoanaliză. Acestea sunt corelate cu lipsa implicării în relațiile cu cei din jur, clientul preferând activitățile retrase, solitare.
- Stima de sine a clientului este oscilantă, datorită discrepanței între rezultatele trecute, respectiv reușitele din viața de adult și actuala stare socială, care contrastează puternic cu amintirile din perioada de succes profesional a domnului Popovici. Totodată, imaginea sa de sine este afectată de despărțirea în fapt de soția sa, care nu păstrează legătura cu el și de care se simte abandonat.

Modalități de raportare la problemele vârstei a treia:

Clientul își găsește puține resurse pentru a face față problemelor cu care se confruntă (lipsurile materiale, singurătatea, abandonul resimțit prin plecarea soției). Domnul Popovici consideră situația sa actuală o etapă apăsătoare, care nu îi poate aduce satisfacții şi bucurii. Clientul își exprimă deseori regretul după vremurile tinereții, când era înconjurat de soție și copii.

Recomandări:

Având în vedere aspectele reliefate de evaluarea psihologică, recomandăm:

- Un climat familial psihoprotectiv și susținere din partea copiilor;
- Consult psihiatric de specialitate;
- Consiliere psihologică pentru depășirea stărilor depresive, concomitent cu tratamentul prescris de medicul specialist psihiatru;
- Menținerea relațiilor cu vecinii și prietenii și evitarea retragerii sociale.

Data întocmirii raportului:
4 iulie 2009

Psiholog,

_____

II.6.3. RAPORT DE ÎNTREVEDERE PENTRU CONSILIERE PSIHOLOGICĂ

Număr de înregistrare al cazului: 73/19 iunie 2009
Numele şi prenumele clientului: Flavian Popovici

Persoane prezente:

- _____, psiholog în cadrul Asociației Alternative Sociale
- Flavian Popovici, beneficiar al serviciilor psihosociale oferite de Asociația Alternative Sociale

Data: 23.06.2010
Locul: Ședința a avut loc la domiciliul beneficiarului, întrucât acesta se deplasează cu foarte mare dificultate în afara locuinței sale.

Obiectiv/ Tema de consiliere abordată:

1. Explicarea rolului psihologului și a importanței ședințelor de consiliere pentru îmbunătățirea stării emoționale, depășirea momentului de criză, autocunoaştere.
2. Realizarea anamnezei clientului.
3. Evaluarea psihologică a clientului.

Metode şi tehnici utilizate:
Interviul semistructurat, discuția dirijată tehnici specifice terapiei centrate pe persoană, aplicarea unor instrumente specifice de evaluare (GDS-15).

Ca urmare a solicitării clientului de a discuta cu un psiholog despre problemele sale, am început procesul de consiliere cu domnul Flavian Popovici. În prealabil, a avut loc o discuție cu asistentul social responsabil de caz, care ne-a prezentat situația socială şi medicală a beneficiarului, precum şi constatările sale cu privire la starea generală emoțională a clientului, care acuză simptome depresive.

1. La începutul ședinței, am urmărit crearea alianței terapeutice, făcând apel la principiile terapiei centrate pe persoană (ascultarea empatică, feedback pozitiv necondiționat, congruență). Clientul, deşi îşi exprimase față de asistentul social dorința de a vorbi despre problemele sale și de a participa la ședințe de consiliere, şi-a manifestat la începutul întrevederii reticența cu privire la procesul de consiliere. Convingerile sale au fost motivate cu exprimarea "nu sunt încă nebun, deşi mă tem să nu înnebunesc".

Pornind de la reținerile clientului, exprimate liber de către acesta, am definit procesul de consiliere cu toate etapele sale pe baza discuției dirijate. Astfel, am

realizat normalizarea acestui demers în ochii clientului, eliminând stigmatul nebuniei și temerile clientului cu privire la psiholog.

De asemenea, am discutat cu Flavian Popovici despre scopul ședințelor de consiliere și despre importanța acestora pentru el, enumerând rezultatele benefice și posibilitățile pe care ședințele le pot oferi: posibilitatea de autocunoaștere, îmbunătățirea stării emoționale, depășirea momentelor de criză, etc. Clientul a fost de acord cu termenii procesului de consiliere și cu realizarea anamnezei sale și a evaluării psihologice.

2. După această etapă introductivă, pe baza interviului clinic semistructurat, am început realizarea anamnezei clientului, care a vizat identificarea principalelor evenimente de viață marcante din punct de vedere psihologic pentru acesta. Clientul a fost dispus să împărtășească din experiențele sale de viață, povestind despre lipsa veniturilor, cu care se confruntă, despre situația sa medicală incertă și precară, dar și despre abandonul din partea soției (plecarea acesteia în străinătate și rămânerea lui în România). Pe parcursul discuției, clientul nu și-a exprimat emoțiile cu privire la evenimentele povestite, la nivel verbal, nonverbal sau paraverbal. Cu toate acestea, a recunoscut că are „gânduri negre" cu privire la viață și că se simte afectat de situația sa.

3. Din discuția purtată cu asistentul social, dar și din ceea ce a povestit clientul, am putut identifica numeroase simptome ale depresiei. De aceea, am început evaluarea psihologică cu testul pentru depresie GDS-15. Domnul Popovici l-a completat fără reținere, mărturisindu-și încrederea în testele psihologice și în ceea ce ele pot arăta despre starea psihică a individului.

Observații:

1. Clientul dorește să continuăm ședințele, exprimându-și dorința de a-și îmbunătăți starea psihică și emoțională.
2. La ședința următoare, vom continua evaluarea psihologică prin aplicarea altor instrumente specifice de evaluare.

Recomandări:

- Un climat familial psihoprotectiv;
- Continuarea ședințelor de consiliere, în măsura în care starea de sănătate fizică a beneficiarului va permite acest lucru;
- Datele obținute din interviul clinic confirmă necesitatea consultului psihiatric de specialitate și vor fi coroborate cu cele rezultate din instrumentele de evaluare. Se recomandă un consult psihiatric.

Psiholog,

_____

II.6.4. FIȘĂ INDIVIDUALĂ DE CONSILIERE

Număr de înregistrare al cazului: 73/19 iunie 2009
Numele clientului: Flavian Popovici

Desfășurarea ședinței. Repere principale	Tehnici, metode și instrumente utilizate în consiliere	Observații	Data
Obiectivul specific: Crearea relației terapeutice. **Activități desfășurate** în cursul ședinței de consiliere: 4. Explicarea rolului psihologului și a ședințelor de consiliere; 5. Anamneza clientului; 6. Începerea evaluării psihologice.	Interviul clinic semistructurat, discuția dirijată, tehnici specifice terapiei centrate pe persoană, instrumente specifice de evaluare.	Cu toate că a solicitat consilierea psihologică, la începutul ședinței clientul s-a arătat reticent față de procesul de consiliere, pentru ca apoi, după clarificările solicitate, Flavian Popovici să accepte participarea la consiliere și evaluarea psihologică, exprimându-și încrederea foarte mare în testele psihologice.	27.06.2009
Obiectivul specific: Realizarea evaluării psihologice. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Aplicarea instrumentelor de evaluare psihologică.	Instrumente specifice de evaluare.	Clientul a fost dispus să participe la evaluare.	03.07.2009
Obiectivul specific: Stabilirea, împreună cu clientul, a obiectivelor ședințelor de consiliere în urma evaluării psihologice și a anamnezei. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Prezentarea rezultatelor evaluării; Discutarea obiectivelor ședințelor de consiliere.	Interviul semistructurat, discuția dirijată, dialogul socratic, exprimarea sentimentelor.	Clientul a fost dispus să participe la stabilirea obiectivelor ședințelor. Inițial, Flavian Popovici a refuzat să își exprime sentimentele cu privire la situația sa actuală și să povestească despre starea sa afectivă negativă. Descărcarea emoțională a clientului s-a realizat cu dificultate, din pricina reticenței sale față de exprimarea emoțiilor.	10.07.2009

Obiectivul specific: Identificarea gândurilor negative automate. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Realizarea unei liste cu gândurile negative automate ale clientului; Explicarea modului în care acestea sunt asociate cu alte simptome ale depresiei și reprezintă o distorsionare a realității.	Tehnici cognitiv – comportamentale, explicație.	Clientul a dorit să înțeleagă mecanismele care stau la baza depresiei și, deși la începutul ședinței nu a dorit să participe la identificarea gândurilor negative, pe parcurs a colaborat în vederea notării acestor gânduri.	17.07.2010
Obiectivul specific: Discutarea gândurilor negative automate identificate de client. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discutarea gândurilor negative automate: când apar, în ce context, la ce fac referire; Stabilirea unor modalități de a le identifica și a le înțelege efectele.	Tehnici cognitiv - comportamentale.	Reticență din partea clientului. Clientul nu se simțea bine din punct de vedere fizic.	24.07.2010
Obiectivul specific: Discutarea gândurilor negative automate identificate de client. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discutarea gândurilor negative automate: când apar, în ce context, la ce fac referire; Stabilirea unor modalități de a le identifica și a le înțelege efectele.	Tehnici cognitiv - comportamentale.	Clientul a dorit să reia discuția de la ședința anterioară și să povestească despre modul în care a reușit să facă față gândurilor depresive în săptămâna ce a trecut.	31.07.2009
Obiectivul specific: Identificarea unor activități de petrecere a timpului pentru client. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discutarea opțiunilor clientului cu privire la petrecerea timpului pe care îl are la dispoziție.	Tehnici specifice terapiei centrate pe persoană, interviu semistructurat, discuție dirijată.	Clientul a fost inițial neîncrezător cu privire la importanța unor activități de petrecere a timpului care să nu îi permită ruminația gândurilor negative, dar a fost dispus să încerce găsirea unor astfel de activități.	07.08.2009

Obiectivul specific: Înțelegerea importanței urmării tratamentului prescris de medicul specialist. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discuții cu privire la tratamentul medicamentos pe care clientul îl are de urmat; Identificarea avantajelor urmării acestui tratament.	Consiliere suportivă, dialog socratic, interviu semistructurat.	Ședința de consiliere a fost oprită la jumătatea timpului, pentru că clientul nu se simțea bine din punct de vedere fizic.	14.08.2010
Obiectivul specific: Întărirea încrederii în sine. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Evidențierea calităților și abilităților clientului.	Elemente din terapia ericksoniană, respectiv metafora terapeutică „Castelul de oglinzi" și povestirea terapeutică „Accidentul de schi" (Michel Dufour).	Clientul a apreciat povestirile terapeutice și a dorit să discutăm despre ele. De asemenea, ca urmare a ședinței anterioare, clientul a început să folosească timpul său în diferite activități care să îi facă plăcere (citit, scris, completarea de integrame).	21.08.2010
Obiectivul specific: Întărirea încrederii în sine. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Evidențierea calităților și abilităților clientului; Exerciții de creștere a stimei de sine.	Elemente din terapia ericksoniană: povestirea terapeutică „Noroc, ghinion, cine știe?", pentru relativizarea experienței de viață a clientului și reconstrucția scenariului de viață, tehnici de creștere a stimei de sine.	Disponibilitate spre colaborare din partea clientului. Acesta a apreciat povestirea terapeutică și a fost dispus să participe la exercițiile pentru creșterea stimei de sine.	28.08.2010
Obiectivul specific: Prezentarea unor strategii de *coping* pentru prevenirea recăderilor. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Discutarea posibilelor modalități de prevenire a reapariției simptomelor depresive.	Tehnici cognitiv-comportamentale, jocul de rol.	Clientul a participat cu reticență la jocul de rol.	04.09.2010

Obiectivul specific: Pregătirea pentru încheierea consilierii. **Activități desfășurate** în cursul ședinței: Recapitularea principalelor elemente importante din cadrul consilierii; Discuții pentru pregătirea clientului cu privire la încheierea consilierii.	Tehnici specifice terapiei centrate pe persoană, dialogul socratic și explicația.	Clientul și-a exprimat temerile cu privire la încheierea procesului de consiliere și posibilitatea înrăutățirii stării sale.	11.09.2010

Psiholog,

_____

BIBLIOGRAFIE:

1. Antonucci, T. C., Vandewater, E. A. & Lansford, J. E., „Adulthood and aging: social processes and development", în Kazdin, A. E. (Ed), *Encyclopedia of psychology, Vol. 1*, American Psychological Association, Oxford University Press, Washington D.C., 2000
2. Blaga, Lucian, „Trei fețe", în *Opera poetică*, Editura Humanitas, 2008
3. Bosworth, H., Park, Kwang – Soo, McQuoid, D., R., Hays, J., Steffens, D, *The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression*, International Journal of Geriatric Psychiatry, 18, p. 905-914, 2003
4. Carstensen, L., „Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory" în *Psychology and Aging*, Vol.7, No.3, 1992
5. Crose, R., „Teaching the psychology of later life", în Bronstein, P. & Quina, K., *Teaching Gender and Multicultural Awareness: Resources for the Psychology Classroom,* America Psychological Association, 2003
6. Flach, F.F., *Resilience: How to bounce back when the going gets tough*, Hatherleigh Press, New York, 1997
7. Folkman, S., Moskowitz, J., T., *Coping: Pitfalls and Promise,* Annual Review Psychology, 55, p. 745-774, 2004
8. Fontaine, R., „Bătrânețe fericită, bătrânețe optimă", în Iacob, L., *Vârsta a treia, cunoaştere şi intervenție*, Centrul de Formare în analiză și intervenție pentru grupurile sociale defavorizate, Proiectul Tempus JB- JEP 142397/99, Iași, 2001
9. Gal, D., *Dezvoltarea umană şi îmbătrânirea,* Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 2001
10. Garmezy, N., Masten, A.S., Tellegen, A., *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology.* Journal of Child Development, 55, p. 79-111, 1984
11. Hemfelt, R., Minirth, F., Meier, P., *Labirintul codependenței*, Editura LOGOS, Cluj Napoca, 2001
12. Jones, J., *Religion, Health, and the Psychology of Religion: How the Research on Religion and Health Helps Us Understand Religion,* Journal of Religion and Helath, 43(4), p. 317-327, 2004
13. Kolchakian, M., R., Sears, S. F., *Religious Coping in College Students,* Journal of Religion and Health, 38(2), p. 115 – 125, 1999
14. Kubler-Ross, E., *On Death and Dying. What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families,* Routledge, Abingdon, 2009
15. Ladea, M., „Importanța diagnosticării depresiei la vârstnici. Rolul scalelor de evaluare", în *Revista Română de Psihiatrie*, Volumul 2, Nr.2-3, 2000

16. Lambert, M.J., & Barley, D.E., *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*. In J. C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work (pp. 17-32). Oxford, UK: Oxford University Press, 2002
17. Langer, N., *Resiliency and spirituality: foundations of strengths perspective counseling with the elderly,* Educational Gerontology, 30(7), p. 611-617, 2004
18. Larousse, Marele dicționar al Psihologiei, Editura Trei, Bucuresti, p.322, 2006
19. Linden, M., Borchelt, M., Barnow, S. & Geiselmann, B., „The impact of somatic morbidity on the Hamilton Depression Rating Scale in the very old", în *Acta Psychiatrica Scandinavica,*Volume 92, Issue 2, 1995
20. Luca,C. & Azoiței, N., „Asistența psihologică a copiilor rămaşi singuri acasă" în Luca, C. & Gulei, A.(coordonatori), *Asistența socială, psihologică şi juridică a copiilor rămaşi singuri acasă ca urmare a plecării părinților la muncă în străinătate*, Editura Terra Nostra, 2007
21. Marnat, G.G, *Handbook of Psychological Assessment, Fifth Edition*, John Wiley and Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, 2009
22. McIntire, S.A. & Miller, L.A, *Fundamentele testării psihologice. O abordare practică*, Editura Polirom, Iaşi, 2010
23. Miller, W. R., Rollnick, S., *Motivational Interviewing*, Second Edition, Guilford Press, New York, 2002
24. Montreuil, M., Blanchet, A., Doron, J. & Ionescu, Ș., *Tratat de psihologie clinică și psihopatologie,* Editura Trei, 2009
25. Munteanu, A., Muntean, A., *Violență, Traumă, Reziliență,* Polirom, 2011
26. Neugarten, B.L, *The meaning of age: selected papers of Bernice L. Neugarten/edited and with a forward by Dail A. Neugarten*, The University of Chicago Press, Chicago, 1996
27. Ong, A., D., Bergeman, C., S., Bisconti, T., L., Wallace, K., A., *Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life,* Journal of Personality and Social Psychology, 91(4), p. 730-749, 2006
28. Richardson, Glenn, E., *The Metatheory of Resilience and Resiliency*, Journal of Clinical Psychology, 58(3), p. 307 – 321, 2002
29. Ross, K., Handal, J., Clark, E., Vander Wal, J., *The Relationship Between Religion and Religious Coping: Religious Coping as a ModeratorBetween Religion and Adjustment,* Journal of Religion and Helath, 48, p. 454-467, 2009
30. Răşcanu, R., *Introducere în psihodiagnoza clinică,* Editura Universității din București, 2003;

31. Selligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. *Positive Psychology,* American Psychologist, 55, p. 5-14, 2000
32. Shavelson, R. J., & Bolus, R., *Self-concept: The interplay of theory and methods*, în Journal of Educational Psychology, (74(1), pp. 3-17), 1982
33. Şchiopu U. & Verza E., *Psihologia vârstelor*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1997
34. Tombaugh, T.N. & McIntyre, N.J., „The mini-mental state examination: a comprehensive review" în *Journal of the American Geriatrics Society*, Volume 40, No.9, 1992
35. Veerbraak, A., *Gerotranscendence: An examination of a proposed extension to Erik Erickson's theory of identity development*, 2000, Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science in Psychology in the University of Canterbury
36. Wagnild, G., Young, H., M., *Resilience among older women.* Journal of Nursing Scholarship, 22(4), p. 252-255, 1990
37. Wahl, H.-W. & Lehr, U., „Applied fields in psychological assessment: Gerontology" în Fernandez - Ballesteros, R.(Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*, Volume 1, 2002, London, U.K., Sage
38. Wells, M., *Resilience in older adults livind in rural, suburban, and urban areas,* Online Journal of Rural Nursing and Health Care, 10(2), 2010
39. Werner, E., Smith, R., *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood,* Cornell University Press, New York, 1992
40. Westhoff, K. & Kluck, M.L., *Raportul psihologic: Redactare şi evaluare,* Editura Sinapsis, Cluj-Napoca, 2009

Web

1. http://www.e-psiho.ro
2. http://issues.org
3. http://www.testepsi.ro
4. http://www.sistempsi.ro

CAP.III. DEPRESIA ŞI DEMENŢA – TULBURĂRI CU RISC RIDICAT DE APARIŢIE LA VÂRSTA A TREIA

III.1. TULBURAREA DEPRESIVĂ

Tulburarea depresivă este cea mai frecventă afecţiune psihică întâlnită la persoanele în vârstă şi este adesea nediagnosticată la nivelul asistenţei primare ceea ce conduce la creşterea incapacităţii funcţionale[28] şi a dependenţei faţă de persoane şi/sau servicii la această categorie de vârstă.

Tabloul clinic este asemănător cu al depresiei la adult distingându-se, conform ICD 10, următoarele simptome:

a. Simptome principale:
- dispoziţie depresivă trenantă cu o durată de cel puţin 2 săptămâni;
- pierderea interesului sau a plăcerii de a efectua activităţi obişnuite;
- lipsă de energie, oboseală crescută;

b. Simptome asociate:
- pierderea încrederii sau a stimei de sine;
- autoînvinovăţire inadecvată sau excesivă;
- gânduri repetate despre moarte;
- ideaţie sau comportament suicidar;
- capacitate redusă de a gândi sau a se concentra, de ex. nehotărâre/indecizie;
- modificări în activitatea psihomotorie;
- tulburări de somn (frecvent insomnie sau hipersomnie);
- modificări ale apetitului cu modificări corespunzătoare ale greutăţii.

Tulburarea depresivă este diferenţiată de tristeţea comprehensibilă[29] prin:

Durată: simptomele sunt prezente de cel puţin 2 săptămâni;

Absenţa fluctuaţiilor: simptomele sunt prezente în majoritatea zilelor, majoritatea timpului;

Intensitate: o intensitate neobişnuită pentru acea persoană.

Manualele de diagnostic ICD 10 şi DSM IV stabilesc diagnosticul de depresie prin prezenţa unui anumit număr de simptome principale, respectiv asociate:
- episodul depresiv uşor: 2 simptome principale şi cel puţin 4 simptome asociate;
- episodul depresiv mediu: 2 simptome principale şi cel puţin 6 simptome asociate;

[28] Aprecierea funcţionalităţii cuprinde capacitatea persoanei de a efectua activităţi obişnuite ale vieţii zilnice necesare pentru îngrijirea proprie (spălatul, îmbrăcatul, toaleta, alimentaţia, ridicarea şi aşezarea pe scaun şi pat, mersul etc.), ca şi capacitatea de a îndeplini sarcini mai complexe (efectuarea de cumpărături, gătitul, folosirea banilor, munca prin casă, utilizarea telefonului şi drumurile în afara domiciliului etc.), necesare pentru a trăi independent.

[29] Are o relaţie de cauzalitate.

- episodul depresiv sever: cele 3 simptome principale şi cel puțin 5 simptome asociate. În plus există o clasificare în funcție de prezența simptomelor psihotice și/sau stupor[30].

Pentru a decela prezența depresiei este important a se cunoaşte simptomele descrise în sistemele de clasificare, dar personalul de îngrijire trebuie să țină cont că la persoanele în vârstă există o serie de simptome care adesea indică prezența unei depresii subclinice care este caracterizată prin:

- lipsa acuzelor de tristețe chiar şi atunci când are aspect depresiv pentru cei din jur;
- hipocondrie şi preocupare somatică excesivă în locul acuzelor de tristețe;
- memorie subiectiv redusă sau un tablou pseudo-demențial;
- anxietate marcată;
- apatie şi scăderea motivației.

În practică este importantă abordarea multifactorială a depresiei prin investigarea atât a susceptibilității individuale (factori predispozanți), cât şi a evenimentelor adverse de viață (factori precipitanți).

Factori predispozanți (Baldwin *et al*, 2002, p.36):

- genul feminin (s-a constatat o frecvență mai mare a depresiei în rândul femeilor);
- un istoric anterior de depresie;
- văduvie/ divorț;
- afecțiuni fizice comorbide; dizabilități fizice și psihice;
- consum abuziv de medicamente, alcool şi prezența bolilor sistemice;
- are în grijă pe cineva[31];
- probleme materiale și sociale;
- lipsa suportului social din partea familiei și a membrilor comunității.

Factori precipitanți:

a. evenimente de viață:

- o pierdere importantă;
- separare de familie;
- afecțiune fizică acută;
- boală sau pericolul de moarte al cuiva apropiat;
- rămânerea fără locuință sau necesitatea de a se muta într-o instituție;
- criză financiară majoră;
- interacțiuni negative cu familia sau prietenii;
- pierderea a „ceva semnificativ" (inclusiv un animal de companie).

b. stresul cronic:

- declinul sănătății și mobilității;

[30] Simptom care apare în unele psihoze, manifestat prin amuțire, imobilitate şi insensibilitate completă.

[31] Deşi este la vârsta la care are nevoie de suport, persoana se află în situația de a întreține/îngriji membri ai familiei.

- dependența;
- diminuarea simțurilor (auz,văz etc.), declinul cognitiv;
- probleme cu locuința;
- probleme majore ale membrilor familiei care îi afectează;
- declinul socioeconomic;
- dificultăți în căsnicie;
- probleme la serviciu;
- pensionarea;
- îngrijirea unui bolnav cronic sau a unui membru al familiei care este dependent;
- izolarea socială.

Evaluarea riscului suicidar este dificilă întrucât multe persoane în vârstă pot gândi că viața nu mai merită trăită, dar un număr redus din acestea prezintă tentative autolitice.

Factorii care indică risc crescut de suicid sunt (Baldwin *et.al.,* 2002, p.54):

- demografici: vârsta înaintată (în special peste 80 de ani), izolarea şi sexul masculin;
- istoric: tentative autolitice anterioare, dovezi ale planificării cum ar fi modificarea testamentului;
- o pierdere grea recentă;
- factori fizici: o afecțiune medicală cronică şi dureroasă; abuz de alcool; abuz de sedative/hipnotice;
- stare mentală: gânduri suicidare, planuri de suicid, agitație marcată (stare de neliniște psihomotorie obiectivă asociată cu o stare interioară de neliniște permanentă), lipsă profundă de speranță, sentimente de inutilitate, vinovăție şi autoacuzare, insomnie marcată, hipocondrie marcată, ideație psihotică.

Scala de evaluare cea mai utilizată pentru depistarea depresiei la persoanele în vârstă este Scala Geriatrică pentru Depresie (GDS – Geriatric Depression Scale).

Aceasta a fost concepută ca o scală de autoevaluare cu 30 de itemi, dar este administrată frecvent cu ajutor din partea persoanei de îngrijire ceea ce nu a condus la afectarea rezultatelor.

SCALA GERIATRICĂ PENTRU DEPRESIE

(Yesavage *et al.*, 1983 *apud* Baldwin *et.al.*, 2002, pp.155-156)

Instrucțiuni: Alegeți cel mai bun răspuns pentru cum v-ați simțit pe parcursul săptămânii trecute.

***1.Sunteți mulțumit cu viața dvs.? Nu**
*** 2. Ați redus majoritatea activităților și intereselor dvs.? Da**
***3. Aveți sentimentul că viața dvs. este goală? Da**
4.Vă plictisiți adesea? Da
5. Aveți speranțe pentru viitor? Nu
6. Sunteți deranjat de gânduri pe care nu vi le puteți scoate din minte? Da
7. Sunteți într-o dispoziție bună majoritatea timpului? Nu
***8. Vă este teama că urmează să vi se întâmple ceva rău? Da**
***9. Vă simțiți fericit în majoritatea timpului? Nu**
10. Vă simțiți adesea neajutorat? Da
11. Vă simțiți deseori neliniștit și nervos? Da
12. Preferați să stați în casă decât să ieșiți și să faceți lucruri noi? Da
13. Vă faceți des griji în privința viitorului? Da
14. Aveți sentimentul că aveți mai multe probleme cu memoria decât ceilalți? Da
15. Credeți că este minunat că sunteți în viață? Nu
16. Vă simțiți adesea abătut și trist? Da
17. Vă simțiți lipsit de speranță pentru cum sunteți? Da
18. Vă faceți multe griji pentru trecut? Da
19. Credeți că viața este incitantă? Nu
20. Vă este greu să începeți noi proiecte (planuri)? Da
21. Vă simțiți plin de energie? Nu
22. Simțiți că situația dvs. este lipsită de speranță? Da
23. Credeți că cei mai mulți oameni au ajuns mai bine decât dvs.? Da
24. Vă supărați deseori pentru lucruri minore? Da
25. Vă vine deseori să plângeți? Da
26. Vă concentrați mai greu? Da
27. Vă face plăcere să vă treziți dimineața? Nu
28. Preferați să evitați întrunirile sociale? Da
29. Vă este ușor să luați decizii? Nu
30. Mintea dvs. este la fel de clară ca de obicei? Nu

Notă: (1) răspunsurile indică răspunsul cu scor 1;
(2) *scala GDS cu 4 itemi;
(3) întrebările cu bold sunt versiunea cu 15 itemi.

Scorurile prag pentru o posibilă depresie: ≥ 11 pentru GDS 30
≥ 5 pentru GDS 15
≥ 2 pentru GDS 4

TESTUL PENTRU AFECTAREA COGNITIVĂ
(Cognitive Impairment Test)

(Katzman *et al.*,1983, *apud* Baldwin *et.al.*, 2002, p.145)

Item	**Eroare max.**	**Scor**	**Pondere**
1. În ce an suntem?	1	_____ x 4 =	_____
2. În ce lună suntem?	1	_____ x 3 =	_____
Frază de memorat			
Repetați această frază după mine:			
„Domnul Mihai Stroescu, Strada Primăverii nr. 24, Reșița”			
3. Cât este ceasul acum?	1	_____ x 3 =	_____
(în jur de o oră)			
4. Numărați înapoi de la 20 la 1	2	_____ x 2 =	_____
5. Spuneți lunile în ordine inversă	2	_____ x 2 =	_____
6. Repetați fraza pe care v-am spus-o	5	_____ x 2 =	_____
		Total =	_____

Evaluați cu 1 fiecare răspuns incorect; maximum ce poate fi obținut este 28.
Scor: 0 - 11 normal sau afectare ușoară;
11 - 28 afectare moderată până la severă.

Strategii pentru persoanele de îngrijire care conduc la identificarea depresiei la persoanele vârstnice (Baldwin *et.al*, 2002, p.51)**:**

- deveniți familiari cu simptomele principale ale depresiei;
- să aveți în vedere frecvența mare a tulburării depresive;
- să cunoașteți particularitățile de manifestare ale depresiei la persoanele în vârstă;
- acordați aceeași importanță sănătății fizice și psihice;
- formați-vă aptitudini pentru a conduce un interviu clinic cu o persoană vârstnică;
- țineți minte că un eveniment dificil de viață poate declanșa o depresie;
- evitați „nihilismul" terapeutic („nu merge nimic");
- aveți în vedere că depresia nu face parte din „normalul" vieții persoanelor în vârstă.

III.2. DEMENȚA

Demența este caracterizată printr-un declin progresiv al abilităților intelectuale și sociale. Este reprezentată de un număr de afecțiuni care determină deteriorarea progresivă în orice parte a sistemului nervos (tulburări neurodegenerative).

Semnele și simptomele de demență variază de la individ la individ în funcție de moștenirea genetică, stilul de viață, nivelul cultural și experiența personală de viață. Unele dintre caracteristicile generale ale demenței sunt: diminuarea sau **pierderea memoriei**, a capacității de gândire, de raționament și de limbaj. Pe măsură ce **demența** evoluează, pot apărea **modificări de personalitate** și **comportamente** anormale. Uneori, persoanele cu demență își pot pierde abilități de bază precum limbajul sau alimentatul.

Aceste semne și simptome pot fi indicii de **boală Alzheimer**, **demență vasculară** sau alte afecțiuni cerebrale, cunoscute că provoacă demența.

Boala Alzheimer este cea mai frecventă cauză de demență. Modificările structurale cerebrale ale bolnavilor de Alzheimer constau în pierderea de neuroni în ariile responsabile de memorie, precum și în alte arii. De asemenea, bolnavii de Alzheimer prezintă și concentrații scăzute de neuromediatori cu rol în transmiterea bidirecțională a mesajelor între celulele nervoase. Un prim semn al bolii Alzheimer poate fi tulburarea de memorie ce se agravează constant. Pe măsură ce boala evoluează, ea afectează limbajul, gândirea, înțelegerea lucrurilor, cititul și scrisul. Uneori, persoanele afectate pot deveni anxioase sau agresive.

Boala Parkinson. Statisticile medicale arată că 30-40% din bolnavii de Parkinson dezvoltă demență în fazele târzii de boală. În mod invers, multe persoane bolnave de Alzheimer dezvoltă simptome fizice asemănătoare cu cei bolnavi de Parkinson, de genul rigidității membrelor, tremorului de repaus, tulburărilor de vorbire și a mersului înțepenit.

Demența cu Corpi Lewy. Corpii Lewy sunt depozite proteice la nivelul neuronilor aflați în proces de deteriorare. Ei apar adesea în zonele deteriorate situate profund în creierul bolnavilor de Parkinson. Când sunt răspândiți în tot creierul, corpii Lewy determină semne și simptome asemănătoare cu cele din boala Alzheimer. Demența cu corpi Lewy poate afecta visele, viteza de gândire, memoria, limbajul, raționamentul și capacitatea de înțelegere. De asemenea, poate să determine apariția de halucinații și dezorientare în spațiu, ducând la tendința de rătăcire.

Demența vasculară. Aceasta este cauzată fie de îngustarea sau obstruarea arterelor ce irigă creierul, fie de accidentele vasculare cerebrale determinate de întreruperea circulației sângelui în anumite regiuni ale creierului. Debutul simptomatologiei este adesea brutal, însă, uneori, boala progresează lent, fiind greu de diferențiat de boala Alzheimer. Demența vasculară este frecvent caracterizată de probleme de gândire, limbaj, mers și probleme de vedere.

Cea mai frecventă problemă în realizarea diagnosticului diferențial în demențe este legată de tulburările depresive. Următoarele criterii sunt utile în realizarea diagnosticului diferențial între tulburările cognitive și afective din demențe și din depresie (Tudose, 2001, p.49):

	DEPRESIE	DEMENȚĂ
TULBURARE PRIMARĂ	Depresie cu modificări secundare de memorie.	Demență (cu depresie suprapusă adăugată).
DEBUT	Subacut (săptămâni sau luni).	Gradual (ani) în BA; abrupt în demența multiinfarct.
EVOLUȚIE INIȚIALĂ	Simptomele depresive apar de obicei primele.	Dificultățile cognitive apar mai întâi.
STATUS COGNITIV	„Scădere" a memoriei adesea în întregime subiectivă și neevidențiată de teste.	Tulburările cognitive apar cu claritate atunci când se fac teste.
PROGNOSTIC	Tratamentul poate rezolva toate simptomele.	Tratamentul poate rezolva depresia, dar tulburările de memorie rămân neschimbate.

Caracteristici neuropsihologice și clinice care diferențiază depresia de demența majoră (Tudose, 2001, p.50):

CARACTERISTICA	TIPIC PENTRU DEMENȚĂ	TIPIC PENTRU DEPRESIA MAJORĂ
Paternul dispoziției	De durată	Episodic
Modificarea cu ușurință a dispoziției	Da	Nu
Conștiința că uită	Nu	Da
Memoria de recunoaștere	Afectată	Intactă

Sugestii adresate persoanelor de îngrijire pentru a gestiona stresul și preveni epuizarea

Activitățile de îngrijire a persoanelor cu demență pot provoca persoanelor care se ocupă de aceștia epuizare fizică și emoțională. În plus, multe dintre dificultățile pe care îngrijitorii le întâmpină sunt cauzate fie de propriile probleme emoționale, fie de modificările comportamentale și cognitive care apar la un pacient dement (Breakey, 2001, p.485).

Este important pentru profesioniștii din sănătatea mentală să educe familiile și persoanele de îngrijire asupra strategiilor de management și să vină în întâmpinarea nevoilor lor emoționale.

Prezentăm câteva sugestii pentru aceste persoane de îngrijire cu scopul de a le diminua stresul și epuizarea emoțională (Breakey, 2001, p.485):

- Obiectele de mobilier din camerele în care locuiesc persoane cu demență trebuie să fie puține, ordonate și aranjate în așa fel încât să permită căi libere de acces;
- Obiectele ascuțite sau tăioase și toate substanțele periculoase (cuțite, soluții de curățat etc.) trebuie încuiate;
- Parchetul lustruit sau orice tip de pardoseli alunecoase trebuie acoperite cu covoare sau mochete care să prevină alunecarea;
- Camera de baie, cabina de duș sau cada trebuie prevăzute cu balustrade sau dispozitive ajutătoare;
- Baia, dormitoarele și holurile locuinței trebuie prevăzute cu luminițe de veghe pe parcursul nopții;
- Este important ca persoanei afectate de demență să i se asigure mese regulate, inclusiv suplimente la orele 11.00 și 17.00;
- Dacă persoana afectată de demență nu poate folosi lingura și furculița atunci mâncarea trebuie preparată astfel încât să poată fi servită cu degetele;
- Deoarece pus în situația de a alege felurile de mâncare sau ordinea ingerării acestora poate crea confuzie este indicat ca felurile de mâncare să i se dea pe rând;
- În cazul în care persoana respectivă pierde în greutate, se poate apela la alimente nutritive sub formă lichidă;
- Este indicat ca persoana cu demență să fie ținută trează și activă în cursul zilei. Trebuie descurajată ațipirea, cu excepția cazului în care acest lucru ar cauza și mai multe probleme. Seara, înainte de a merge la culcare este indicată oferirea unui pahar de lapte cald sau a unui ceai de plante calmant, care să nu conțină substanțe excitante;
- Pentru a gestiona eficient problemele de control sfincterian care pot apărea (incontinență urinară și fecală) se recomandă încurajarea persoanei de a merge la toaletă la ore regulate;
- Marcați clar cu semne baia și toaleta. Se pot folosi desene atunci când

persoana respectivă nu mai poate înțelege cuvintele. Se pot folosi scutece sau lenjerie intimă de unică folosință pentru adulți (de exemplu pampers);

- În cazul în care incontinența este o problemă nou apărută, este bine să se consulte un medic specialist pentru a afla dacă aceasta nu este cauzată de o altă afecțiune, cum ar fi infecția de tract urinar;
- Persoanele de îngrijire trebuie să nu uite să solicite suportul din partea altor membri ai familiei sau a prietenilor. Apelarea la consiliere și la centrele de îngrijire temporară poate fi o soluție în depășirea momentelor de suprasolicitare sau a perioadelor stresante.

BIBLIOGRAFIE:

1. American Psychiatric Association, *DSM IV - TR 2000 - Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*, Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003;
2. Baldwin, R.C., Chiu, E., Katona, C. & Graham, N., *Guidelines on Depression in Older People. Practising the Evidence,* Martin Dunitz Ltd., London, 2002;
3. Breakey, R. W., *Servicii integrate de sănătate mintală. Psihiatrie comunitară modernă*, Editura Fundației Pro, București, 2001;
4. Van Der Brug, A.F., *Manual de nursing psihiatric,* MAD Foundation, Ermelo, 1996;
5. Jeican, R., *Psihiatrie pentru medicii de familie,* Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2001;
6. Katzman R., Brown T. & Fuld P., *American Journal of Psychiatry no.140*, 1983;
7. Tudose, C., *Demențele. O provocare pentru medicul de familie,* Editura InfoMedica, București, 2001;
8. World Health Organization, *ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament. Simptomatologie și diagnostic clinic,* Editura All, București, 1998;
9. Yesavage J.A., Brink T.L. & Rose T.L., „Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report", în *Journal of Psychiatric Research no.17,* 1983.

Web:

1. http://ajp.psychiatryonline.org
2. http://www.patient.co.uk

CAP. IV. CADRUL LEGISLATIV ÎN ASISTENȚA PERSOANELOR DE VÂRSTA A TREIA

IV.1. RECOMANDĂRI INTERNAȚIONALE

Îmbătrânirea populației este un fenomen caracteristic majorității statelor europene și occidentale. EUROSTAT[32] vorbește de o continuă îmbătrânire a populației în ultimele decenii (Eurostat, 2010, pp. 14-16) ceea ce duce la necesitatea dezvoltării unor resurse și mecanisme sustenabile pentru a proteja drepturile și libertățile populației vârstnice.

Documentele elaborate de organizații internaționale precum Organizația Națiunilor Unite[33], Consiliul Europei[34] și alte instituții internaționale, demonstrează o atenție deosebită acordată fenomenului îmbătrânirii populației și necesității protecției sociale a persoanelor vârstnice.

Primul *Plan internațional de acțiune asupra îmbătrânirii* a fost adoptat în 1982, în cadrul Adunării mondiale de la Viena. În 1991 s-au conturat *Principiile pentru Persoane Vârstnice*, care structurează aspecte privind drepturile persoanelor în vârstă prin: *independență, participare, îngrijire, autoîmplinire și demnitate*. În 2002, după 20 de ani de la primul plan, s-a simțit nevoia unei actualizări a politicilor în acest domeniu.

Planul Internațional de Acțiune privind Îmbătrânirea[35] este primul instrument internațional, care stă la baza gândirii și formulării politicilor și programelor privind îmbătrânirea. Scopul acestuia este de a întări capacitatea guvernelor și societății civile de a face față în mod eficient procesului de îmbătrânire a populației și de a se ocupa de potențialul de dezvoltare și de dependențele persoanelor vârstnice.

Acest plan promovează și cooperarea la nivel național și internațional și include 62 de recomandări privind acțiuni ce vizează cercetarea, colectarea și analizarea datelor, instruire și educație precum și alte recomandări referitoare la următoarele domenii: sănătate și nutriție, protecția consumatorilor vârstnici; gospodărirea și mediul; familia; bunăstarea socială; securitatea veniturilor și angajarea; educația.

Planul face parte dintr-un ansamblu internațional de standarde și strategii dezvoltate de comunitatea internațională în ultimele decenii. De aceea, preve-

---

[32] Site-ul oficial al EUROSTAT: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/, accesat în noiembrie 2010.

[33] Site-ul oficial al Organizației Națiunilor Unite: http://www.un.org/, accesat în noiembrie 2010.

[34] Site-ul oficial al Consiliului Europei: http://www.coe.int/, accesat în noiembrie 2010.

[35] Acesta a fost adoptat în aprilie 2002 la Madrid, cu ocazia celei de-a doua Adunări Generale a Națiunilor Unite consacrată îmbătrânirii. Site-ul oficial al Planului Internațional de Acțiune privind Îmbătrâniea este: http://www.un.org/ageing/madrid_intlplanaction.html, accesat în noiembrie 2010.

derile sale trebuie luate în considerare în relație cu cele din domenii complementare precum: drepturile omului, familia, persoanele cu dizabilități, sănătatea etc. În România aspecte din acest Plan au fost avute în vedere în modificarea şi actualizarea legislației privind persoanele vârstnice, a standardelor cu privire la calitatea serviciilor oferite în instituții şi la domiciliu, în realizarea Memorandumului în domeniul incluziunii sociale (2005), respectiv a Rapoartelor Naționale Strategice în domeniul Incluziunii Sociale (2008), a legislației din domeniul pensiilor.

Carta Socială Europeană[36] constituie instrumentul european de referință în materie de coeziune socială. Aceasta prevede o serie de drepturi elementare pe care statele membre semnatare se obligă să le asigure cetățenilor lor: dreptul la protecția sănătății, dreptul la securitate socială, dreptul la asistență socială şi medicală, dreptul de a beneficia de servicii sociale, dreptul la informare şi consultare. Majoritatea acestor drepturi menționează asigurarea accesului la un minim de servicii de bază, precum şi eliminarea marginalizării sociale în rândul diferitelor categorii de populație. Articolul 23 al acestui document se referă la dreptul persoanelor vârstnice la protecție socială, care prevede luarea sau promovarea unor măsuri adecvate pentru:

- a permite persoanelor vârstnice să rămână membri deplini ai societății cât mai mult timp posibil;
- a permite persoanelor vârstnice să aleagă liber propriul stil de viață şi să ducă o existență independentă în mediul lor obişnuit atât timp cât doresc şi cât acest lucru este posibil;
- a garanta persoanelor vârstnice care trăiesc în instituții o asistență corespunzătoare în privința vieții private şi participarea la stabilirea condițiilor de viață în instituție.

Aceste două documente împreună cu alte planuri şi programe internaționale subordonate acestora stau la baza strategiilor şi programelor dedicate protecției persoanelor vârstnice şi reprezintă repere pentru legislația multor state semnatare, inclusiv pentru legislația românească[37].

IV.2. LEGISLAȚIA ROMÂNEASCĂ

Principalele acte normative în domeniul asistenței persoanelor de vârsta a treia sunt:

- Legea nr. 17 din 6 martie 2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice;

[36] A fost adoptată în 1961 şi revizuită în 1996. Site-ul oficial al Cartei Sociale Europene este: www.coe.int/socialcharter. România a ratificat acest document prin Legea nr. 74 din 3 mai 1999 pentru ratificarea Cartei sociale europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996, publicată în Monitorul Oficial nr. 193 din 4 mai 1999.

[37] Un astfel de exemplu este Strategia națională de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008, adoptată pe baza Hotărârii de Guvern nr. 541 din 9 iunie 2005.

- Hotărârea Guvernului nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice;
- Hotărârea de Guvern nr. 499/2004 privind înființarea, organizarea şi funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor
- Ordinul nr. 491/180 din 23 mai 2003 pentru aprobarea Grilei de evaluare medico-socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale;
- Ordinul Ministrului Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei nr. 246 din 27 martie 2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice şi pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice;
- Hotărârea de Guvern nr. 1317 din 27 octombrie 2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice.

În funcție de situația personală a beneficiarilor şi de problemele pe care le întâmpină, persoanele vârstnice pot fi în același timp persoane dezavantajate, persoane cu dizabilități, pensionari etc. Astfel, în domeniul asistenței sociale a persoanelor vârstnice, pot fi luate în calcul şi actele normative specifice în domenii precum:

- pensii şi alte forme de prestații sociale;
- asigurări sociale de sănătate;
- servicii pentru persoane cu dizabilități;
- servicii pentru persoane defavorizate etc.

Proiectul de lege privind asistența socială[38] aflat încă în dezbatere include o parte a acestor perspective, din dorința unei abordări integrative a problematicii persoanelor vârstnice.

IV.3. COMPETENȚE INSTITUȚIONALE

Legislația românească specifică în asistența persoanelor vârstnice prevede o serie de instituții, cu atribuții în domeniul sprijinirii acestei categorii sociale. Aceste instituții pot fi grupate în funcție de ierarhie şi arie geografică acoperită în instituții naționale, județene şi locale.

Ca urmare a aplicării principiului subsidiarității (principiu ce stă la baza sistemului național de asistență socială), o serie de atribuții specifice domeniului de asistență a persoanelor vârstnice se întrepătrund între două sau mai multe instituții.

[38] Disponibil la: http://www.mmuncii.ro/ro/articole/2011-04-13/proiect-de-lege-privind-asistena-sociala-forma-refacuta-2130-articol.html, accesat în aprilie 2011.

În continuare sunt prezentate instituțiile menționate de Legea nr. 17/2000, în ordine ierarhică descrescătoare, cu descrierea specifică a atribuțiilor și sarcinilor corespunzătoare.

Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale:

- Propune măsuri legislative în domeniu (inclusiv forma Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice) individual sau în colaborare cu alte ministere sau instituții;
- Asigură îndrumarea metodologică, coordonează, controlează și evaluează aplicarea dispozițiilor Legii nr.17/2000;
- Asigură finanțare pentru următoarele tipuri de cheltuieli:
  - Finanțarea activităților de asistență socială desfășurate de asociații și fundații române;
  - Cheltuieli de investiții și reparații capitale pentru unități de asistență socială din zone defavorizate;
  - Completarea veniturilor extrabugetare ale căminelor pentru persoane vârstnice, atunci când resursele bugetelor locale devin insuficiente, etc.

Consiliul Național al Persoanelor Vârstnice[39] conform legislației de înființare, organizare și funcționare are următoarele atribuții**:**

- Sprijină instituțiile statului în aplicarea recomandărilor Adunării Mondiale a Persoanelor Vârstnice și urmărește realizarea lor;
- Propune Guvernului programe privind ameliorarea continuă a condițiilor de viață a persoanelor vârstnice;
- Urmărește aplicarea reglementărilor legale privind persoanele vârstnice și sesizează organele competente despre abaterile constatate;
- Formulează teme de cercetare și contractează elaborarea de studii sociologice privind viața persoanelor vârstnice cu instituții și unități specializate în domeniu, realizează analize proprii și elaborează puncte de vedere referitoare la îmbunătățirea nivelului de trai al persoanelor vârstnice;
- Avizează proiecte de acte normative care privesc persoanele vârstnice, avizul fiind consultativ;
- Sprijină organizarea asociativă a persoanelor vârstnice și participarea lor activă la viața socială;
- Seprezintă persoanele vârstnice din România în relațiile cu organizații similare din alte țări sau cu organizații internaționale ale persoanelor vârstnice;
- Participă, în calitate de reprezentant al societății civile privind persoanele vârstnice, în grupuri de lucru, consilii și comitete organizate la nivel național, local și în cadrul ministerelor, al agențiilor și al instituțiilor asi-

[39] Înființat pe baza Legii nr. 16/2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice. Mai multe informații despre această instituție pot fi găsite pe site-ul oficial www.cnpv.ro.

milate acestora, alături de alți parteneri sociali si guvernamentali, care analizează şi propun măsuri ce privesc îmbunătățirea nivelului de trai al persoanelor vârstnice;
- Îl informează pe Președintele României, pe primul-ministru, conducerile organelor administrației publice centrale cu atribuții în domeniul protecției sociale, prefecții şi primarii, în legătură cu aspecte ce privesc riscurile şi situația de criză în care se găsesc unele persoane vârstnice;
- Întreține relații permanente de colaborare cu reprezentanții mass-media pentru informarea populației cu privire la problematica persoanelor vârstnice.

Comitetele consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice[40] au ca principale atribuții**:**
- Analiza problemelor cu caracter socioeconomic care privesc persoanele vârstnice;
- Elaborarea de propuneri pentru soluționarea acestor probleme;
- Elaborarea unor rapoarte anuale ce vor fi înaintate de către prefect conducerii Ministerului Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei şi a Ministerului Administrației şi Internelor.

Agențiile județene pentru prestații sociale:
- Acreditează, monitorizează şi evaluează activitățile sociale şi socio-medicale desfăşurate de furnizorii de servicii de asistență pentru persoanele vârstnice;
- În cazul în care nu există un departament specializat de asistență socială în cadrul consiliului local, atunci îi revin responsabilitățile de a realiza ancheta socială şi evaluarea situației vârstnicului şi de a lua deciziile referitoare la aprobarea, respingerea, suspendarea sau încetarea dreptului la serviciile de asistență socială.

Consiliile locale:
- Sunt responsabile de organizarea serviciilor sociale şi socio-medicale[41] de îngrijire pentru persoanele vârstnice la nivel local;
- Angajează personalul de îngrijire prin plata cu ora, fracțiuni de normă sau normă întreagă pentru asigurarea îngrijirii la domiciliu a persoanelor vârstnice dependente conform grilei naționale de evaluare;
- Monitorizează şi evaluează activitățile sociale şi socio-medicale oferite pe baza legii;
- Asigură finanțarea asistenței sociale a persoanelor vârstnice prin:
  - subvențiile acordate în completarea veniturilor extrabugetare a căminelor;

[40] Înființate în baza Hotărârii Guvernului nr. 499/2004 privind înființarea, organizarea şi funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor.

[41] Serviciile pot fi oferite direct (prin intermediul serviciilor publice de asistență socială sau a departamentelor specializate din subordine) sau în parteneriat sau cu subcontractarea altor instituții.

- finanțează organizațiile neguvernamentale, fundațiile, etc. active în domeniu și acreditate conform legii;
- acoperirea costurilor de organizare și funcționare a serviciilor pentru persoane vârstnice și a costurilor salariilor personalului de îngrijire la domiciliu (însoțitori);

• Hotărăște anual cu privire la cuantumul mediul lunar de întreținere datorat de persoanele vârstnice cazate în căminele de pensionari sau de susținătorii acestora;
• Ia decizii privind aprobarea, respingerea, suspendarea sau încetarea dreptului la servicii pentru:
  - serviciile de asistență socială organizate pe plan local;
  - îngrijirea în căminele aflate în administrare;
  - îngrijirea la domiciliu.

Serviciile publice locale de asistență socială (SPAS):

• Realizează evaluarea nevoilor și/sau a gradului de dependență pe baza anchetei sociale și a grilei de evaluare și propune măsurile de asistență conform situației individuale constatate;
• Ia decizia de a oferi serviciile de îngrijire, dacă persoana vârstnică nu are capacitatea de a-și da consimțământul; în acest caz, serviciile oferite vor fi stabilite pe baza rezultatelor anchetei sociale, a grilei de evaluare a nevoilor și a recomandărilor medicului specialist și vor fi acordate cu acceptul rudelor de gradul I sau a unui alt membru de familie;
• Oferă consiliere atât vârstnicilor cât și membrilor familiei acestora, pentru prevenirea marginalizării sociale și pentru sprijinirea reintegrării sociale a persoanelor vârstnice;
• În funcție de nivelul veniturilor vârstnicului și a susținătorilor, SPAS poate oferi serviciile necesare în mod gratuit sau cu plata unei contribuții;
• La cererea Autorității Tutelare, realizează în termen de 10 zile de la data primirii solicitării o anchetă socială referitoare la nerespectarea angajamentelor de îngrijire în cazul contractelor de vânzare-cumpărare cu clauză de îngrijire încheiate de persoanele vârstnice asistate în acest sens de către Autoritatea Tutelară.
• Asigură înmormântarea vârstnicilor lipsiți de susținători legali sau când aceștia nu au venituri suficiente pentru acoperirea acestor costuri.

Autoritatea Tutelară

• Are obligația de a acorda, la solicitarea persoanei vârstnice, consiliere gratuită în vederea încheierii actelor juridice de vânzare-cumpărare, donație sau împrumuturi cu garanții imobiliare care au ca obiect bunurile mobile sau imobile ale persoanei vârstnice respective;
• La solicitarea beneficiarului, din oficiu, asistă persoana vârstnică la în-

cheierea actelor juridice de înstrăinare în scopul îngrijirii proprii[42]; în aceste cazuri, primește din oficiu și păstrează un exemplar al acestor acte juridice;
- Primește sesizări/se autosesizează cu privire la nerespectarea clauzelor stipulate în actele juridice menționate și în 24 de ore de la sesizare are obligația de a solicita serviciului de asistență socială o anchetă socială;
- Propune măsuri de executare legală a dispozițiilor înscrise în actele juridice menționate și în caz de nerespectare, poate solicita în instanța judecătorească rezilierea contractului.

Asociații și fundații neguvernamentale:
- Pot deveni furnizori de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice, prin acreditarea acestor serviciilor de către direcțiile de muncă județene;
- Pot solicita din partea instituțiilor abilitate acordarea de servicii de îngrijire la domiciliu pentru persoane vârstnice;
- Poate completa, în funcție de situație și la cererea furnizorilor de servicii, colectivul care realizează ancheta socială și evaluarea nevoilor persoanelor vârstnice.

Membrii familiei / reprezentanții legali / susținătorii persoanelor vârstnice:
- Își dau acordul cu privire la oferirea serviciilor de îngrijire la domiciliu / în căminele pentru pensionari în situația în care vârstnicul este în imposibilitatea de a-și da consimțământul ca urmare a stării de sănătate;
- Plătesc contribuția stabilită de furnizorii de servicii sociale sau costul lunar de îngrijire în căminele de pensionari, în situația în care veniturile vârstnicului nu sunt suficiente.

IV.4. Provocări socio-demografice

Organizația Mondială a Sănătății a avertizat, in ultimul deceniu, asupra faptului că nevoile de îngrijire pe termen lung vor continua să crească sub influența mai multor factori: evoluția structurii familiale; mobilitatea geografică a populației active; procesul rapid de îmbătrânire demografică. România are, conform ultimului recensământ, un procent de 19.4% populație vârstnică (*Recensământul Populației și Locuințelor*, 18 martie 2002), iar aceste aspecte devin importante în țara noastră, unde îngrijirea vârstnicilor este, în mod tradițional, furnizată de familii (Gîrleanu-Șoitu, 2006; Stan, 2001).

Politicile sociale și de sănătate au de făcut față unei noi provocări, cea a îngrijirii persoanelor vârstnice semidependente și dependente pentru un termen îndelungat (Vlădescu, Astărăstoae, Scîntee, 2010, pp. 87-96).

[42] În cazul acestor contracte este recomandat ca în textul documentului să fie menționate exact și detaliat măsurile care vor fi luate pentru ameliorarea situației și sprijinirea vârstnicului.

BIBLIOGRAFIE:

1. Asociația Alternative Sociale, *Ghid de informare în domeniul traficului de persoane. Prevenire. Combatere. Asistența victimelor*, Iași, 2006;
2. Balahur, D., „Drept și legislație în asistența socială" în Bejan, P. (coord.), *Asistență socială vol. II. Învățământ la distanță, Anul I, Semestrul 2,* Editura Universității „Al. I. Cuza", Iași, 2009;
3. Eurostat Statistical Books, *The EU in the world. A statistical portrait*, Publications Office of the European Union, Luxenbourg, 2010;
4. Gîrleanu-Șoitu, Daniela; Rădoi-Ciurlică, Mihaela, *Sisteme de acțiune socială*, Editura Fundației Academice AXIS, Iași, 2008;
5. United Nations Economic Comission for Europe, „Advancing intergenerational solidarity" în *UNECE Policy Brief on Ageing no.8*, August 2010.

Legislație:

6. Legea nr. 74 din 3 mai 1999 pentru ratificarea Cartei sociale europene revizuite, adoptată la Strasbourg la 3 mai 1996, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.193 din 4 mai 1999;
7. Legea nr.16 din 6 martie 2000 privind înființarea, organizarea și funcționarea Consiliului Național al Persoanelor Vârstnice, republicată cu modificările și completările ulterioare în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.304 din 8 mai 2009;
8. Legea nr. 17 din 6 martie 2000, privind asistența socială a persoanelor vârstnice republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.157 din 6 martie 2007, cu modificările și completările ulterioare;
9. Hotărârea Guvernului nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 507 din 16 octombrie 2000;
10. Ordinul nr. 491/180 din 23 mai 2003 pentru aprobarea Grilei de evaluare medico-socială a persoanelor care se internează în unități de asistență medico-sociale;
11. Hotărârea Guvernului nr. 499 din 7 aprilie 2004 privind înființarea, organizarea și funcționarea comitetelor consultative de dialog civic pentru problemele persoanelor vârstnice, în cadrul prefecturilor, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.338 din 19 aprilie 2004;
12. Hotărârea Guvernului nr. 541 din 9 iunie 2005 pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare a sistemului de asistență socială pentru persoanele vârstnice în perioada 2005-2008, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.541 din 27 iunie 2005;

13. Hotărârea Guvernului nr. 1317 din 27 octombrie 2005 privind sprijinirea activităților de voluntariat în domeniul serviciilor de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.997 din 10 noiembrie 2005;
14. Ordinul nr. 246 din 27 martie 2006 al ministrului muncii, solidarității sociale și familiei privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.637 din 24 iulie 2006.

Web:

15. http://www.un.org
16. http://www.coe.int
17. http://epp.eurostat.ec.europa.eu
18. http://www.mmuncii.ro

ANEXE

Anexa 1

CĂMINUL DE BĂTRÂNI ”CASA SF. IOSIF” IAȘI

– Prezentarea serviciilor –

1. Demnitatea umană

Căminul de Bătrâni „Casa Sfântul Iosif” are la promovează demnitatea umană prin serviciile sociale pe care le desfășoară promovează demnitatea persoanei vârstnice.

Orice activitate socială trebuie să se bazeze pe stimă, ceea ce înseamnă a-l considera pe cel încercat de sărăcie, un individ dotat cu demnitate umană și cu personalitate proprie. Stima se traduce printr-un profund respect pentru celălalt: pentru lumea sa interioară, pentru istoria vieții sale și pentru modul său de a gândi, de a acționa, pentru scopul său și pentru cerințele sale.

Populația vârstnică reprezintă o categorie vulnerabilă de persoane din cauza multiplelor dificultăți cu care se confruntă, în special din cauza vârstei, a neputinței și a situației materiale și financiare precare. Pentru a veni în întâmpinarea nevoilor acestei categorii de persoane, instituțiile statului, dar și instituțiile private, au dezvoltat o serie de servicii sociale și au dat în folosință case destinate vârstnicilor aflați în dificultate, cum sunt căminele pentru bătrâni, căminele spital, centrele de zi pentru persoane vârstnice etc.

2. Prezentarea instituției

Congregația Fiicelor Sfintei Maria a Divinei Providențe, prezentă în România din anul 1995, a dezvoltat o serie de servicii destinate vârstnicilor dintre care cel mai important obiectiv îl constituie Căminul de Bătrâni „Casa Sf. Iosif” Iași.

Centrul social își desfășoară activitatea din anul 2002, iar serviciul de îngrijire sociomedicală este acreditat din anul 2006. Capacitatea maximă a Căminului este de 40 de locuri.

În Căminul de Bătrâni „Casa Sf. Iosif” beneficiază de îngrijire socio-medicală persoane care au împlinit vârsta de pensionare și care se află în una din următoarele situații:

- nu au familie și trăiesc în singurătate și nesiguranță;
- nu posedă locuință, sunt abandonați și trăiesc în stradă sau în alte locuri precare;
- nu realizează venituri sau au venituri foarte mici și nu fac față situației economice actuale;
- se află în stare de boală și necesită asistență permanentă, iar familia nu poate asigura îngrijirea necesară;
- persoana necesită anumite tipuri de servicii, precum: fizioterapie, asistență medicală permanentă, regim alimentar etc.

În numeroase situații, internarea în cămin se întrevede ca unică soluție pentru rezolvarea problemelor cu care se confruntă persoanele vârstnice și membrii familiilor lor. Acomodarea persoanei vârstnice cu mediul instituțional depinde de atmosfera primitoare a căminului, de calitatea relațiilor și a îngrijirilor primite, aceste instituții fiind lăudabile în măsura în care „se inspiră din principii nu numai de eficiență organizatorică, dar și dintr-o grijă iubitoare" (Papa Ioan Paul al II-lea, 1998).

O notă particulară a Casei „Sf. Iosif" o constituie climatul de familie creat cu scopul de a-i ajuta pe beneficiari să se simtă confortabil, într-o atmosferă de căldură și seninătate creștină.

3. Identificarea și selecția persoanelor asistate

Centrul rezidențial utilizează și difuzează materiale informative privind serviciile furnizate persoanelor vârstnice. Sursele de informare aflate la dispoziția persoanelor interesate sunt multiple: materiale informative, site-ul congregației, informații primite de la beneficiarii existenți și de la alte persoane care cunosc serviciile oferite în centru.

Identificarea și admiterea beneficiarilor se realizează prin autoreferire sau prin referirea de către reprezentanții legali ai persoanelor vârstnice, rude sau cunoscuți. Referirea se poate realiza și din partea altor instituții, precum: biserici, spitale, poliție, organizații neguvernamentale și alte instituții cu care persoana vârstnică a intrat în contact.

Evaluarea solicitantului se realizează în urma unei solicitări scrise, depuse la biroul de asistență socială al căminului. Fiecare cerere este analizată în cadrul ședințelor comisiei casei, special organizate pentru acest scop. În urma evaluării cazului și a dosarului persoanei, solicitarea este supusă spre aprobare. Aprobarea definitivă se realizează într-o ședință ulterioară după efectuarea anchetei sociale, prezentarea de către client a unui set de analize medicale în baza căruia medicul casei confirmă dacă persoana poate fi internată în cămin. În situația în care răspunsul medicului este favorabil, iar casa poate satisface nevoile specifice ale solicitantului, urmează instituționalizarea propriu-zisă a persoanei în căminul „Sf. Iosif" unde beneficiază de serviciile socio-medicale oferite în cămin fără nicio discriminare.

Etapele internării în cămin:

1. Depunerea unei cereri la biroul de asistență socială;
2. Realizarea vizitei la domiciliul solicitantului;
3. Realizarea anchetei sociale;
4. Efectuarea unui set de analize medicale, care constă în:
   - examen hematologic;
   - examen biochimic;
   - electroforeză – proteină;
   - probele hepatice A, B și C;

- radiografie pulmonară;
- E. K. G.;
- sumar de urină;
- examen coproparazitologic;
- examen psihiatric;
- V. D. R. L;
- scrisoare medicală eliberată de medicul de familie şi precizarea dacă solicitantul este apt pentru a locui în cămin.

Evaluarea situației solicitanților se realizează în ordinea înregistrării cererilor, însă conform misiunii sale, căminul oferă prioritate celor care se confruntă cu situații socioeconomice grave.

4. Evaluarea nevoilor beneficiarilor

Conform legii[1], beneficiarilor admişi în Centrul Rezidențial „li se asigură servicii numai în baza evaluării inițiale şi a evaluării complexe a nevoilor individuale".

Nevoile de îngrijire ale persoanei vârstnice se stabilesc pe baza Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice[2] care cuprinde criteriile de încadrare în grade de dependență. Pentru a fi posibilă încadrarea corectă, se întocmește fişa de evaluare sociomedicală.

Din evaluările efectuate până în prezent am constatat că nevoile vârstnicilor sunt acoperite doar parțial, mai ales în mediul rural. Aici, dar şi în mediul urban, sărăcia este întâlnită frecvent la bătrânii singuri, fără copii, care beneficiază de venituri foarte mici. Insuficiența resurselor materiale şi umane, programele de sănătate insuficient dezvoltate sau chiar lipsa acestora contribuie la degradarea stării de sănătate a persoanelor vârstnice, acestea fiind doar câteva dintre motivele pentru care persoanele solicită internarea în cămin. „Nevoile persoanelor în vârstă tind a fi văzute, de unii profesioniști implicați în asistarea lor, ca deficiențe, deşi originile acestor nevoi stau în condițiile asupra cărora persoana vârstnică nu are un control semnificativ" (Miftode, 2003).

Nevoile se modifică în timp odată cu înaintarea în vârstă şi implică în majoritatea cazurilor degradare fizică şi psihică. Din acest motiv se realizează o evaluare periodică a necesităților persoanei în vederea adaptării şi oferirii celor mai bune servicii pe termen mediu şi lung etc.

Dezvoltarea unor servicii eficiente, de o calitate apreciabilă, se află în strânsă legătură cu prospectarea nevoilor persoanelor de vârsta a treia, cu o continuă

[1] Ordinul Ministrului Muncii, Solidarității Sociale şi Familiei nr. 246 din 27 martie 2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice şi pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, standardul 14.

[2] Hotărârea Guvernului nr. 886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice.

informare cu privire la aceste nevoi și aplicarea celor mai eficiente metode de intervenție.

5. Servicii oferite în Căminul de Bătrâni „Casa Sfântul Iosif"

Serviciul de cazare și masă

Centrul rezidențial asigură beneficiarilor o alimentație în concordanță cu nevoile și preferințele lor, cu respectarea normelor legale în vigoare. Cazarea se realizează în camere cu două locuri, cu grup sanitar propriu, dotate cu utilitățile necesare, adaptate particularităților vârstei.

Alimentația constă în servirea a 3 mese principale pe zi, la care se adaugă suplimentele nutriționale conform recomandării medicului pentru fiecare asistat. Hrana este pregătită în bucătăria casei de către personal specializat și este servită în sala de mese sau la pat, după posibilitatea asistatului.

Serviciul de îngrijire sociomedical

Centrul rezidențial oferă condiții de menținere a igienei personale a beneficiarilor și a colectivității în care trăiesc. Acest serviciu constă în efectuarea igienei personale, supraveghere permanentă și ajutor în toate acțiunile zilnice, ajutor pentru menținerea sau readaptarea capacităților fizice ori intelectuale, consultații medicale de specialitate, monitorizarea tensiunii arteriale, asigurarea și administrarea medicamentelor, procurarea dispozitivelor medicale necesare etc.

Serviciul de fizioterapie și kinetoterapie constă în respectarea unui program de gimnastică medicală de întreținere și recuperare efectuate de specialiști în domeniu, în colaborare cu medicul și asistenta medicală din centru. În activitatea de kinetoterapie se realizează exerciții pentru menținerea tonusului muscular și menținerea mobilității articulare, favorizarea circulației sanguine, menținerea unei stări de bine a organismului, creșterea rezistenței la efort etc. Exercițiile se realizează în grup, în sala de activități sau individual, după recomandarea medicilor de specialitate.

Serviciul de ergoterapie constă în implicarea tuturor vârstnicilor în diferite activități cu specific gospodăresc, activități manuale, respectând capacitățile și disponibilitatea fiecărui beneficiar.

Serviciul de animație constă în organizarea timpului liber al vârstnicilor prin inițierea și implicarea tuturor în diferite jocuri și concursuri distractive, organizarea de excursii, plimbări sau picnicuri în aer liber, aniversarea zilelor de naștere etc. Socializarea beneficiarilor se stabilește în funcție de nevoile acestora și se ține cont de disposibilitățile, resursele și preferințele lor. Scopul acestor activități este de prevenire a degradării, de facilitare a condițiilor prosociale, de consolidare a relațiilor dintre beneficiari, dar și dintre beneficiari și angajați, voluntari, colaboratorii.

Serviciul de asistență socială constă în coordonarea relațiilor sociale, în special a relațiilor externe pentru a favoriza raporturile dintre personalul centrului

şi vârstnic, familia de origine, raporturile vârstnicului cu autoritățile statului sau cu alte instituții. Beneficiarii sunt spijiniți și pentru întocmirea unor cereri pentru obținerea unor drepturi legale sau pentru rezolvarea unor situații.

Serviciul religios ajută persoana vârstnică să trăiască cu seninătate şi demnitate ultima etapă a vieții conform ritului fiecărui beneficiar, cu respect pentru tradiția casei. Lucrătorii de la centru au ca obiectiv însoțirea persoanei până în ultima clipă a vieții, indiferent de dificultățile prin care trece persoana. Astfel, „spiritualitatea nu elimină suferința, ci dezvoltă o modalitate de a-i face față și de a dobândi o nouă creştere a personalității" (Mitrofan, 2002).

Prin intermediul serviciilor oferite, ne preocupăm să asigurăm o alimentație sănătoasă vârstnicilor, să ne îngrijim zilnic de igiena lor personală, să îmbinăm în mod cât mai plăcut momentele de destindere și de odihnă, să le oferim controale medicale periodice şi terapia necesară fiecărui caz în parte.

6. Calitățile lucrătorului din centru

Persoanele angajate în centru sunt specializate în diferite domenii. Echipa centrului este formată din: psiholog, asistent social, kinetoterapeuți, asistente medicale, medici colaboratori, infirmiere, îngrijitoare, bucătărese. Munca personalului angajat este coordonată de managerul instituției.

Lucrătorul este chemat să reînnoiască în fiecare zi o opțiune fundamentală: decizia de a lucra pentru şi cu persoane aflate în dificultate care au nevoie de susținere în timpul vieții. Acesta trebuie să "vadă" dincolo de aspectul exterior și să respecte demnitate umană. Astfel, persoana angajată evită să fie influențată de prejudecăți în activitatea sa, evită folosirea unui limbaj sa a unor comportamente ofensive. Mai mult decât atât, acesta va încerca să se apropie de beneficiar cu respect, privind cu înțelegere istoria personală a fiecăruia.

De asemenea, lucrătorul trebuie să vadă și să valorifice resursele existente și valorile prezente în fiecare persoană: iubirea, capacitatea de a relaționa cu alții, bucuria, optimismul.

Profesionalismul, dăruirea, constanța, implicarea emoțională, interesul pentru celălalt, fac din ambientul căminului de bătrâni o casă primitoare, familială.

BIBLIOGRAFIE:

1. Miftode, V., *Tratat de asistență socială*, vol. I, Ed. Fundației Axis, Iași, 2003, p. 21
2. Mitrofan, I., *Psihologia pierderii şi terapia durerii*, Ed. Sper, Bucureşti, 2002, p. 185.
3. Papa Ioan Paul al II-lea, 1998, *Scrisoare către bătrâni*, Colecția Documente, Ed. Presa Bună, Iaşi.

LEGISLAȚIE:

1. Hotărârea Guvernului nr.886 din 5 octombrie 2000 pentru aprobarea Grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.507 din 16 octombrie 2000;
2. Ordinul nr.246 din 27 martie 2006 al ministrului muncii, solidarității sociale şi familiei privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice şi pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr.637 din 24 iulie 2006.

Anexa 2[3]

CERERE DE ACORDARE A SERVICIILOR

Domnule Director,

Subsemnatul (a),_____, domiciliat(ă) în localitatea Iaşi, Str._____ , nr._____, Bl. ____, Sc._____, et.____, ap._____, având B.I./ C.I. cu seria _____, nr._____, eliberat de _____, la data de _____, solicit a-mi aproba cererea de a beneficia de următoarele servicii psihosociale gratuite pentru persoanele vârstnice oferite de _____:

□ asistență socială
□ consiliere psihologică
□ asistență juridică
□ activități de socializare
□ companie/ vizite din partea voluntarilor
□ medierea relației cu instituțiile statului
□ sprijin material

Data: Semnătura:

Domnului Director al _____

[3] Model completat în secţiunea I.4.2.

Anexa 3[4]

FIȘA INIȚIALĂ A CAZULUI

MODALITATEA SOLICITĂRII: verbală ___/ telefonică___/ scrisă _____
DATA: _____
SOLICITANT: _____
DATE DESPRE BENEFICIAR:
Numele și prenumele: _____ Vârsta: _____
CNP _____, Act de identitate CI/BI Seria _____ Nr. _____
Domiciliul în fapt: _____
Domiciliul legal: _____

SITUAȚIA ÎN FAPT: _____
_____
_____

PERSOANE RESURSĂ:
Numele și prenumele: _____, vârsta: _____, calitate: _____
Numele și prenumele: _____, vârsta: _____, calitate: _____
Numele și prenumele: _____, vârsta: _____, calitate: _____

DATE RELEVANTE DESPRE VÂRSTNIC ȘI OBSERVAȚII:
_____
_____
_____
_____

Preluare caz de către asistent social _____
ASISTENT SOCIAL: _____

[4] Model completat în secțiunea I.4.3.

Anexa 4[5]

Nr..... /*(data)*.....

CONTRACT DE ASISTENȚĂ

Părțile contractante:
1. _____(*denumirea instituției*), denumit în continuare furnizor de servicii sociale, cu sediul în județul: _____, codul de înregistrare fiscală _____, contul nr.: _____, deschis la Banca: _____, certificat de acreditare seria:_____ nr.: _____, reprezentat de d-l:_____, având funcția de:_____, și de _____, având funcția de asistent social
și
2. _____(*numele beneficiarului*) denumit în continuare BENEFICIAR, domiciliat în localitatea: _____ str. _____, nr:_____ județul:_____ CNP:_____, posesor al B.I./C.I. seria:_____ nr_____, eliberat la data de:_____ de Secția de poliție:_____reprezentat de d-l./ d-na _____, domiciliat in localitatea:_____ str. _____ nr._____ județul: _____, posesor B.I./C.I. seria: _____nr. _____, eliberat la data de:_____ de :_____, conform (se va menționa actul care atesta calitatea de reprezentant) _____ _____.nr. _____data:_____

I. Având în vedere:
- planul de intervenție nr_____/data_____
- evaluarea complexa efectuata în perioada _____
- planul individualizat de asistență și îngrijire nr._____/data_____

II. Convin asupra următoarelor:
1. Definiții
1.1 *Contractul pentru furnizarea de servicii sociale*: este actul juridic încheiat între o persoană fizică sau juridică, publică sau privată, acreditată conform legii să acorde servicii sociale - denumită furnizor de servicii sociale – și o persoană fizică aflată în situație de risc sau dificultate socială – denumită beneficiar de servicii sociale – care exprimă acordul de voință al acestora în vederea acordării de servicii sociale.

[5] Model completat în secțiunea I.4.4.

1.2. *Furnizor de servicii sociale*: persoana fizică sau juridică, publică sau privată, acreditată conform legii, în vederea acordării de servicii sociale, prevăzută la art. 11 din Ordonanța Guvernului nr. 68/2003, cu modificările și completările ulterioare.

1.3. *Beneficiarul de servicii sociale* este persoana aflată în situație de risc și dificultate socială împreună cu familia acesteia care necesită servicii sociale, conform planului de intervenție revizuit în urma evaluării complexe.

1.4. *Serviciile sociale* reprezintă un ansamblu de măsuri și acțiuni realizate pentru a răspunde nevoilor sociale individuale, familiale sau de grup, în vederea prevenirii și depășirii unor situații de dificultate, vulnerabilitate sau dependență pentru prezervarea autonomiei și protecției persoanei, pentru prevenirea marginalizării și în scopul creșterii calității vieții, definite în condițiile prevăzute de Ordonanța Guvernului nr. 68/2003, cu modificările și completările ulterioare.

1.5. *Reevaluarea situației beneficiarului* reprezintă activitatea obligatorie a furnizorului de a evalua situația beneficiarului după acordarea de servicii sociale pe o anumită perioadă de timp.

1.6. *Revizuirea sau completarea planului individualizat de asistență și îngrijire* reprezintă modificarea sau completarea adusă planului individualizat pe baza rezultatelor reevaluării situației beneficiarului.

1.7. *Contribuția beneficiarului* reprezintă o cotă parte din costul total al serviciului /serviciilor acordate de furnizor, în funcție de tipul serviciului și de situația materială a beneficiarului și poate fi în bani, servicii sau în natură.

1.8. *Obligațiile beneficiarului* reprezintă totalitatea îndatoririlor pe care beneficiarul și le asumă prin contract și pe care le va îndeplini valorificându-și maximal potențialul psihofizic.

1.9. *Standarde minimale de calitate*: este ansamblul de cerințe privind cadrul organizatoric și material, resursele umane și financiare în vederea atingerii nivelului de performanță obligatoriu pentru toți furnizorii de servicii sociale specializate, aprobate în condițiile legii.

1.10. *Modificările de drept ale contractului de acordare de servicii sociale* sunt modificările aduse contractelor de acordare de servicii sociale în mod independent de voința părților, în temeiul prevederilor unui act normativ.

1.11. *Forța majoră* - un eveniment mai presus de controlul părților, care nu se datorează greșelii sau vinii acestora, care nu putea fi prevăzut în momentul încheierii contractului și care face imposibilă executarea și respectiv, îndeplinirea contractului.

1.12. *Evaluarea inițială* reprezintă activitatea de identificare/determinare a naturii cauzelor, a stării actuale de dezvoltare și integrare socială a beneficiarului precum și a prognosticului acestora efectuată prin utilizarea de metode și tehnici specifice profesiilor sociale, de către furnizorul de servicii sociale. Scopul evaluării este cunoașterea și înțelegerea problemelor cu care se confruntă

beneficiarul şi identificarea măsurilor iniţiale pentru elaborarea plenului iniţial de măsuri.

1.13. *Planul individualizat de asistenţă şi îngrijire* reprezintă ansamblu de măsuri şi servicii adecvate şi individualizate potrivit nevoilor sociale identificate ca urmare efectuării evaluării complexe şi cuprinde programarea serviciilor sociale, personalul responsabil şi procedurile de acordare a serviciilor sociale.

1.14. *Evaluarea complexă* reprezintă activitatea de investigare şi analiză a stării actuale de dezvoltare şi de integrare socială a beneficiarului, a cauzelor care au generat şi care întreţin situaţia de dificultate în care acesta se află precum şi a prognosticului acestora utilizându-se instrumente şi tehnici standardizate specifice domeniilor asistenţă socială, psihologic, educaţional, medical, juridic.

2. Obiectul contractului

2.1.[6]Obiectul contractului îl constituie acordarea următoarelor servicii sociale:

- _____.

2.2.[7]Descrierea serviciilor sociale acordate de furnizorul de servicii sociale:

- _____.

3. Costurile serviciilor sociale acordate şi contribuţia beneficiarului

3.1. Costul total pe lună al serviciilor sociale prevăzute la punctul 2 este de:_____lei/lună.

3.2 Costul pe lună pentru fiecare serviciu social acordat este, după cum urmează:

- pentru servicii de asistenţă socială şi îngrijiri la domiciliu pentru persoane vârstnice costul pe luna este de_____ lei

3.3 [8]Contribuţia beneficiarului pentru serviciile sociale primite este, după cum urmează:

- pentru serviciile de asistenţă socială şi îngrijiri la domiciliu pentru persoane vârstnice contribuţia este _____(în bani/în natură).

3.4. Contribuţia beneficiarului nu va influenţa acordarea serviciilor sociale şi nu va îngreuna posibilitatea beneficiarului de a ieşi din starea de dificultate. (*menţiune: Costurile serviciilor ce pot fi prevăzute cu acordul părţilor în anexă la contract)

4. Durata contractului

4.1. Durata contractului este de la data de_____ până la data de _____

4.2. Durata contractului poate fi prelungită cu acordul părţilor şi numai după evaluarea rezultatelor serviciilor acordate beneficiarului şi după caz, revizuirea planului individualizat de asistenţă şi îngrijire prin act adiţional.

---

[6] Lista serviciilor sociale ce vor fi acreditate poate fi prevăzută cu acordul părţilor în anexă la contract.

[7] Descrierea serviciilor sociale acordate poate fi prevăzută cu acordul părţilor în anexă la contract

[8] Valoarea contribuţiei beneficiarului este stabilită în urma procesului de evaluare complexă.

5. Etapele procesului de acordare a serviciilor sociale

5.1. Implementarea măsurilor prevăzute în planul de intervenție și în planul individualizat.

5.2. Reevaluare periodică situației beneficiarului.

5.3. Revizuirea planului individualizat de asistență și îngrijire în vederea adaptării serviciilor sociale la nevoile beneficiarului.

6. Drepturile furnizorului de servicii sociale

6.1. De a verifica veridicitatea informațiilor primite de la beneficiar.

6.2. De a sista acordarea serviciilor sociale către beneficiar în cazul în care constată că acesta i-a furnizat informații eronate;

6.3. De a utiliza, în condițiile legii, date denominalizate în scopul întocmirii de statistici pentru dezvoltarea serviciilor sociale;

7. Obligațiile furnizorului de servicii sociale

7.1. Să respecte drepturile și libertățile fundamentale ale beneficiarului în acordarea serviciilor sociale precum și drepturile beneficiarului rezultate di prezentul contract;

7.2. Să acorde servicii sociale prevăzute în planul individualizat de asistență și îngrijire cu respectarea acestuia și a standardelor minimale de calitate a serviciilor sociale;

7.3. Să depună toate diligențele pentru a asigura beneficiarul de continuitatea serviciilor sociale furnizate, în cazurile de încetare a prezentului contract prevăzute la pct.12.1. și 13.1. lit. a) și d). Asigurarea continuității serviciilor sociale se va realiza și prin subcontractarea și cesiunea de servicii sociale.

7.4. Să fie receptiv și să țină cont de toate eforturile beneficiarului în îndeplinirea obligațiilor contractuale și să considere că beneficiarul și-a îndeplinit obligațiile în măsura în care acesta a depus toate eforturile;

7.5. Să informeze beneficiarul asupra:

- conținutului serviciilor sociale și condițiilor de acordare a acestora;
- oportunității acordării altor servicii sociale;
- liste la nivel local a furnizorilor acreditați să acorde servicii sociale;
- regulamentului de ordine internă;
- oricărei modificări de drept a contractului.

7.6. Să reevalueze periodic situația beneficiarului și, după caz, să completeze și/sau să revizuiască planul individualizat de asistență și îngrijire, exclusiv în interesul acestuia;

7.7. Să respecte, conform legii, confidențialitatea datelor și informațiilor referitoare la beneficiar;

7.8. Să ia în considerare dorințele și recomandările obiective ale beneficiarului, cu privire la acordarea serviciilor sociale;

7.9. Să utilizeze contribuția beneficiarului exclusiv pentru acoperirea cheltuielilor legate de acordarea serviciilor sociale;

7.10. De a informa serviciul public de asistență în a cărui rază teritorială locuiește beneficiarul asupra nevoilor identificate și serviciilor propuse a fi acordate.

8. Drepturile beneficiarului

8.1. În procesul de acordare a serviciilor sociale prevăzute la punctul 2, furnizorul de servicii sociale va respecta drepturile și libertățile fundamentale ale beneficiarului.

8.2. Beneficiarul are următoarele drepturi contractuale:

a) De a primi serviciile sociale prevăzute în planul individualizat de asistență și îngrijire;

b) De a i se asigura continuitatea serviciilor sociale, atât timp cât se mențin condițiile care au generat situația de dificultate;

c) De a refuza, în condiții obiective, primirea serviciilor sociale;

d) De a fi informat în timp util și în termeni accesibili, asupra;

- drepturile sociale, a măsurilor legale de protecție și situațiilor de risc;
- modificărilor intervenite în acordarea serviciilor sociale;
- oportunității acordării altor servicii sociale;
- listei la nivel local a furnizorilor acreditați să acorde servicii sociale;
- regulamentului de ordine internă.

e) De a participa la evaluarea serviciilor sociale primite și de a participa la luarea deciziilor privind intervenția socială care i se aplică, putând alege variante de intervenție, dacă ele există;

f) Dreptul de a avea acces la propriul dosar;

g) De a-si exprima nemulțumirea cu privire la acordarea serviciilor sociale.

9. [9] Obligațiile beneficiarului

9.1. Să participe activ în procesul de furnizare a serviciilor sociale și la reevaluarea și revizuirea planului individualizat de asistență și îngrijire;

9.2. Să furnizeze informații corecte cu privire la identitatea și situația familială, medicală, economică și socială și să permită furnizorului de servicii sociale verificarea veridicității acestora;

9.3. Să respecte termenele și clauzele stabilite în cadrul planului individualizat de asistență și îngrijire;

9.4. Să contribuie la plata costurilor serviciilor sociale primite cu o cotă parte din costul total al serviciului/serviciilor acordate de furnizor, conform punctelor 3.3 și 3.4.

[9] Obligațiile beneficiarului se vor completa, după caz, cu alte obligații specifice tipurilor de servicii sociale prevăzute în prezentul contract.

9.5. Să anunțe orice modificare intervenită în legătură cu situația sa personală pe parcursul acordării serviciilor sociale;

9.6. Să respecte regulile de comportament, programul de lucru, persoanele de contact, etc.

10. [10] Soluționarea reclamațiilor

10.1. Beneficiarul are dreptul de a formula verbal şi/sau în scris reclamații cu privire la acordarea serviciilor sociale.

10.2. Reclamațiile pot fi adresate furnizorului de servicii sociale direct sau prin intermediul oricărei persoane din cadrul echipei de implementare a planului individualizat.

10.3. Furnizorul de servicii sociale are obligația de a analiza conținutul reclamațiilor, consultând atât beneficiarul, cât şi specialiştii implicați în implementarea planului individualizat de asistență şi îngrijire şi de a formula răspuns în termen de maxim 10 (zece) zile de la primirea reclamației.

10.4. Dacă beneficiarul nu este mulțumit de soluționarea reclamației acesta se poate adresa in scris Comisiei de mediere sociala de la nivelul județului/sectorului IASI,care va clarifica prin dialog divergențele dintre parți sau, după caz instanței de judecată competente.

11. Litigii

11.1. Litigiile născute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea şi încetarea ori alte pretenții decurgând în prezentul contract vor fi supuse unei proceduri prealabile de soluționare pe cale amiabilă.

11.2. Dacă după 15 zile de la începerea acestor proceduri neoficiale Furnizorul de Servicii Sociale şi Beneficiarul nu reuşesc să rezolve în mod amiabil o divergență contractuală, fiecare poate solicita Comisiei de mediere socială mijlocirea soluționării divergențelor sau se poate adresa instanțelor judecătoreşti competente.

12. [11] Rezilierea contractului

12.1. Constituie motiv de reziliere a contractului următoarele:

a) refuzul obiectiv al beneficiarului de a mai primi serviciile sociale, exprimat în mod direct sau prin reprezentant si consemnat in scris, sub semnătura;

b) încălcarea de către furnizorul de servicii sociale a prevederilor legale cu privire la serviciile sociale dacă este invocată de beneficiar;

c) retragerea autorizației de funcționare sau acreditării furnizorului de servicii sociale;

[10] Furnizorul va avea înscris în regulamentul de ordine interioară o procedură privind plângerile formulate de beneficiari care se va respecta punctele 10.1-10.3.

[11] În funcție de natura serviciilor sociale oferite de către furnizorul de servicii sociale, părțile contractuale pot reveni asupra daunelor care se vor plăti de către părțile responsabile.

d) limitarea domeniului de activitate pentru care furnizorul de servicii sociale a fost acreditat, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiar;

e) schimbarea obiectului de activitate al furnizorului, în măsura în care este afectată acordarea serviciilor către beneficiar.

13. Încetarea contractului

Constituie motiv de încetare a contractului următoarele:

a) expirarea duratei pentru care a fost încheiat contractul;

b) acordul părților privind încetarea contractului;

c) scopul contractului a fost atins;

d) lipsa fondurilor necesare susținerii furnizării în condiții optime a serviciilor sociale contractate;

e) forța majoră, dacă este invocată.

14. Dispoziții finale

14.1. Părțile contractate au dreptul pe durata îndeplinirii contractului, de a conveni modificarea clauzelor contractului prin act adițional numai în cazul apariției unor circumstanțe care lezează interesele legitime ale acestora şi care nu au putut fi prevăzute la data încheierii contractului.

14.2. Prevederile prezentului contract se vor complecta cu prevederile legislației în vigoare în domeniu.

14.3. Limba care guvernează contractul este limba română.

14.4. Contractul va fi interpretat conform legilor din România.

14.5. Furnizorul de servicii sociale realizează monitorizarea şi evaluarea serviciilor sociale acordate.

14.6. Măsurile de implementare a planului individualizat de asistență şi îngrijire se comunică Direcției de Asistență Socială, conform legii.

14.7. Pe baza raportului cu privire la rezultatele implementării planului individualizat de asistență şi îngrijire, Direcția de Asistență Socială va monitoriza activitatea furnizorului de servicii sociale.

14.8. Beneficiarul îşi da acordul privind depunerea unui exemplar din prezentul contract la Direcția de Asistență Socială Iaşi, fără a se încălca astfel principiul confidențialității.

Anexele contractului[12]

a) planul individualizat de asistență şi îngrijire.

b) fişa de evaluare şi reevaluare a serviciilor sociale acordate beneficiarului, în funcție de caz.

c) planul de asistență şi îngrijire sau planul revizuit.

[12] Părțile contractante pot stabili de comun acord şi alte tipuri de anexe.

Prezentul contract de furnizare a serviciilor sociale a fost încheiat la sediul Furnizorului de servicii sociale/domiciliul Beneficiarului în 2(două) exemplare, câte unul pentru fiecare parte contractantă.

O copie a acestui contract va fi transmisă Direcției de Asistență Socială de către Furnizorul de Servicii Sociale.

Localitatea: _____
Data: _____

Furnizor de servicii sociale,	Beneficiar,
_____	_____
(*numele persoanei/persoanelor autorizate sa semneze*)	(*numele si prenumele persoanei*)
Semnătura: _____	Semnătura: _____

Anexa 5[13]

ANCHETA SOCIALĂ

Realizată de asistenții sociali: _____
Locul și data: _____
Persoane prezente: _____

I. Date de identificare a beneficiarului
Nume și prenume: _____
Locul și data nașterii:_____
CNP:_____ B.I./ C.I. _____
Domiciliul legal: _____
Domiciliul în fapt:_____
Stare civilă: _____
Studii: _____Ocupația: _____
Etnia:_____ Religia: _____

II. Date despre familie:
Date despre soț/soție:
Nume și prenume: _____
Locul și data nașterii: _____
CNP:_____ B.I./ C.I. _____
Domiciliul legal: _____
Domiciliul în fapt: _____
Stare civilă: _____
Studii: _____ Ocupația: _____
Etnia:_____ Religia: _____

Date despre copii:

Nr. crt.	Nume și prenume	Vârsta	Ocupația	Domiciliul	Observații
1.					
2.					

Date despre alte persoane care locuiesc la aceeași adresă:

Nr. crt.	Nume și prenume	Vârsta	Starea civilă	Ocupație
1.				
2.				

[13] Model completat în secțiunea I.4.5.

III. Istoricul social al beneficiarului

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

IV. Starea de sănătate

_____
_____
_____
_____
_____

V. Situația materială/ financiară
Locuința
Proprietate personală: □ da □ nu Numărul de camere: _____
□ Electricitate □ Apă curentă □ Încălzire □ Telefon
Starea de igienă: □ Satisfăcătoare □ Nesatisfăcătoare

Suprafață de teren cultivată (tipul culturii): _____
Animale: _____
Alte proprietăți: _____
Venituri
Stabile: _____
Ocazionale: _____

VI. Relațiile în familie și comunitate
Relații în familie*:* _____
_____
_____
Relații în comunitate*:* _____
_____
_____

VII. Observații

_____
_____

VIII. Concluzii şi recomandări

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Asistenți sociali: _____
_____

Anexa 6[14]

GRILA NAȚIONALĂ DE EVALUARE A NEVOILOR PERSOANELOR VÂRSTNICE

Nr. Fişei: _____
Data luării în evidență: _____
Data evaluării: _____
Data ieşirii din evidență: _____

I. PERSOANA EVALUATĂ

Numele*):_____ Prenumele:_____
Data Şi Locul Naşterii: _____ Vârsta: _____
Adresa: Str. _____Nr. ____ Bl. _____Sc. _____ Et. _____ Ap. ____
Localitatea: _____Județul _____ Codul Poștal _____
Telefon:_____ Fax:_____E-Mail:_____
Profesia: _____ Ocupația: _____
Studii:

- □ Fără
- □ Primare
- □ Gimnaziale
- □ Liceale
- □ Universitare

Carte de identitate: _____ Seria _____ Nr._____
Cod numeric personal: _____
Cupon pensie (dosar pensie) nr. _____
Dosar (cupon) persoană cu handicap nr. _____
Carnet asigurări de sănătate nr. _____ Seria _____

*) Se completează cu inițiala tatălui.

Sex:

- □ Masculin
- □ Feminin

Religie: _____
Starea civilă:

- □ Necăsătorit/ă
- □ Căsătorit/ă la data de _____
- □ Văduv/ă de la data de _____
- □ Divorțat/ă la data de _____
- □ Despărțit în fapt de la data de _____

[14] Model completat în secțiunea I.4.6.

Copii:

□ Da

□ Nu

Dacă da, înscrieți numele, prenumele, adresa, telefonul

_____

_____

_____

Ii. Reprezentantul legal

Numele : _____

Prenumele: _____

Calitatea:

□ Soț/soție

□ Fiu/fiică

□ Rudă

□ Alte persoane

Data şi locul naşterii: _____ Vârsta: _____

Adresa: Str. _____ Nr. ____ Bl. _____ Sc. _____ Et. _____ Ap. ___

Localitatea: _____ Județul: _____ Codul poştal _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-mail: _____

III. PERSOANA DE CONTACT ÎN CAZ DE URGENȚĂ

Numele *):_____ Prenumele: _____

Data Şi Locul Naşterii: _____ Vârsta: _____

Adresa: Str. _____Nr. ____ Bl. _____Sc. _____ Et. _____ Ap. ____

Localitatea: _____Județul _____ Codul Poştal _____

Telefon:_____ Fax:_____E-Mail:_____

IV. EVALUAREA SOCIALĂ

A. Locuința

□ casă

□ Apartament bloc

□ Alte situații

Situată:

□ Parter

□ Etaj

□ Lift

Se compune din:

- Nr. Camere : _____
- Bucătărie [ ] Baie [ ] Duş [ ]
- Wc

□ situat în interior
□ Situat în exterior

- Încălzire:
  □ Fără
  □ Centrală
  □ Cu lemne/cărbuni
  □ Gaze
  □ Cu combustibil lichid
- Apă curentă
  □ Da
  □ Nu
  □ Rece
  □ Caldă
  □ Alte situații

Condiții de locuit:
Luminozitate
□ Adecvată
□ Neadecvată
Umiditate
□ Adecvată
□ Igrasie
Igiena
□ Adecvată
□ Neadecvată
Locuința este prevăzută cu:
□ Aragaz, mașină de gatit
□ Frigider
□ Mașină se spălat
□ Radio/televizor
□ Aspirator

Concluzii privind riscul ambiental:

_____

_____

B. Rețea de familie
Trăiește:
□ Singur/ă de la data de _____
□ Cu soț/soție de la data de _____
□ Cu copii de la data de _____
□ Cu alte rude de la data de _____
□ Cu alte persoane de la data de _____

Lista cuprinzând persoanele cu care locuieşte
(Numele, prenumele, calitatea, vârsta):
_____ Este compatibil da [ ] nu [ ]
_____ Este compatibil da [ ] nu [ ]
_____ Este compatibil da [ ] nu [ ]
_____ Este compatibil da [ ] nu [ ]

- una dintre persoanele cu care locuieşte este:
  □ Bolnavă
  □ Cu dizabilități/ handicap
  □ Dependentă de alcool
- este ajutat de familie: da [ ] nu [ ]
  □ Cu bani
  □ Cu mâncare
  □ Activități de menaj
- relațiile cu familia sunt:
  □ Bune
  □ Cu probleme
  □ Fără relații
- există risc de neglijare: da [] nu []
- abuz: da [ ] nu [ ]
  Dacă da, specificați:

_____
_____

C. Rețea de prieteni, vecini

- Are relații cu prietenii, vecinii:
  □ Da
  □ Nu
  □ Vizite
  □ Relații de întrajutorare
- Relațiile sunt:
  □ Permanente
  □ Rare
- Frecventează:
  □ Un grup social
  □ Biserica
  □ Altele

Specificați: _____

Înscrieți numele și prenumele prietenilor și/sau vecinilor cu care întreține relații bune și de întrajutorare, grupuri sociale:

_____
_____
_____

- Este ajutat de prieteni, vecini pentru:
  - □ Cumpărături
  - □ Activități de menaj
  - □ Deplasare în exterior
- Participă la:
  - □ Activități ale comunității
  - □ Activități recreative
- Comunitatea îi oferă un anumit suport:
  - □ Da
  - □ Nu

Dacă da, specificați: _____
_____
_____

V. EVALUAREA SITUAȚIEI ECONOMICE

- Venit lunar propriu reprezentat de:
  - □ Pensie de asigurări sociale de stat _____
  - □ Pensie pentru agricultori _____
  - □ Pensie I.O.V.R. _____
  - □ Pensie pentru persoană cu handicap _____
- Alte venituri: _____
- Venitul global: _____
- Bunuri mobile și imobile aflate în posesie: _____

VI. EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE

A. Diagnostic prezent

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

B. Starea de sănătate prezentă

- antecedente familiale relevante

_____

- antecedente personale

_____

- tegumente şi mucoase (prezența ulcerului de decubit, plăgi etc.)

_____

- aparat locomotor (se evaluează şi mobilitatea şi tulburările de mers)

_____

- aparat respirator (frecvența respiratorie, tuse, expectorație, dispnee)

_____

- aparat cardiovascular (ta, av, puls, dureri, dispnee, tulburări de ritm, edeme, tulburări circulatorii periferice etc.)

_____

- aparat digestiv (dentiție, grețuri, dureri, meteorism, tulburări de tranzit intestinal - prezența incontinenței anale; se evaluează şi starea de nutritie)

_____

- aparat urogenital (dureri, tulburări de micțiune - prezența incontinenței urinare etc., Probleme genitale)

_____

- organe de simț (auz, văz, gust, miros, simț tactil)

_____

- examen neuropsihic (precizări privind reflexele, tulburări de echilibru, prezența deficitului motor şi senzorial, crize jacksoniene etc.)

_____

C. Investigatii paraclinice relevante
(datele se identifică din documentele medicale ale persoanei):

_____
_____
_____
_____

D. Recomandări de specialitate privind tratamentul igienico-terapeutic şi de recuperare (datele se identifică din documentele medicale ale persoanei - bilete de externare, rețete şi/sau fişa medicală din spital, policlinică, cabinet medicina de familie):

_____
_____
_____
_____

VII. EVALUAREA GRADULUI DE DEPENDENȚĂ

Criteriile de încadrare în grade de dependență		Nu necesită supraveghere, ajutor	Necesită supraveghere temporară și/sau parțială.	Necesită supraveghere permanentă și/ sau integral.
EVALUAREA AUTONOMIEI		0	1	2
A. Evaluarea statusului funcțional				
A.I. Activități de bază ale vieții de zi cu zi				
1	Igienă corporală (toaleta generală, intimă, specială)	Autonom	Ajutor parțial.	Se realizează numai cu ajutor.
2	Îmbrăcat/dezbrăcat (posibilitatea de a se îmbraca, de a se dezbrăca, de a avea un aspect îngrijit)	Autonom	Autonom și/sau parțial autonom pentru îmbrăcat; trebuie încălțat.	Se realizează numai cu ajutor.
3	Alimentație (posibilitatea de a se servi și de a se hrăni singur)	Mănâncă singur	Ajutor pentru tăiat carne, fructe, pâine etc.	Se realizează numai cu ajutor.
4	Igiena eliminărilor (continență)	Autonom	Incontinență ocazionala.	Incontinent
5	Mobilizare (trecerea de la o pozitie la alta – ridicat-așezat, așezat-culcat etc).	Autonom	Necesită ajutor.	Grabatar
6	Deplasare în interior (deplasare în interiorul camerei în care trăiește, cu sau fără baston, cadru, scaun rulant etc.).	Autonom	Se deplasează cu ajutor parțial.	Nu se deplasează fără ajutor.
7	Deplasare în exterior (deplasarea în exteriorul locuinței fără mijloace de transport).	Autonom	Se deplasează cu ajutor parțial.	Nu se deplasează fără ajutor.
8	Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță în scopul de a alerta: telefon, alarmă, sonerie etc).	Utilizare normală a mijloacelor de comunicare.	Nu utilizează în mod spontan mijloacele de comunicare.	Incapabil de a utiliza mijloacele de comunicare.
A.II. Activități instrumentale				
1	Prepararea hranei (capacitatea de a-și prepara singur mâncarea).	Prevede, prepară și servește mesele în mod normal.	Necesită ajutor parțial pentru prepararea și servirea mesei.	Masa îi este preparată și servită de altă persoană.
2	Activități de menaj (efectuarea de activități menajere: întreținerea casei, spălatul hainelor, spălatul vaselor etc.).	Efectuează singur activitățile menajere.	Efectuează parțial activități ușoare.	Incapabil să efectueze activități menajere, indiferent de activitate.

Criteriile de încadrare în grade de dependență		Nu necesită supraveghere, ajutor	Necesită supraveghere temporară și/sau parțială.	Necesită supraveghere permanentă și/ sau integral.
EVALUAREA AUTONOMIEI		0	1	2
3	Gestiunea și administrarea bugetului și a bunurilor (gestionează propriile bunuri, bugetul, știe să folosească banii etc).	Gestionează în mod autonom finanțele proprii.	Necesită ajutor pentru operațiuni financiare mai complexe.	Incapabil de a-și gestiona bunurile și de a utiliza banii.
4	Efectuarea cumpărăturilor (capacitatea de a efectua cumpărăturile necesare unui trai decent).	Efectuează singur cumpărăturile.	Poate efectua un număr limitat de cumpărături și/sau necesită însoțitori.	Incapabil de a face cumpărături.
5	Respectarea tratamentului medical (posibilitatea de a se conforma recomandărilor medicale).	Ia medicamentele în mod corect (dozaj și ritm).	Ia medicamentele dacă dozele sunt preparate separat.	Incapabil să ia singur medicamentele.
6	Utilizarea mijloacelor de transport (capacitatea de a utiliza mijloacele de ransport).	Utilizează mijloacele de transport public sau conduce propria mașină.	Utilizează transportul în comun numai însoțit.	Se deplasează puțin numai însoțit, în taxi sau mașină.
7	Activități pentru timpul liber (persoana are activități culturale, intelectuale, fizice etc – solitare sau în grup).	Le realizează în mod curent.	Le realizează rar, fără participare spontană.	Nu realizează și nu participă la astfel de activități.
B. Evaluarea statusului senzorial și psihoafectiv				
1	Acuitate vizuală	Suficient de bună pentru a citi, a scrie, a lucra manual etc.	Distinge fețele, vede suficient pentru a se orienta și a evita obstacolele.	Vede numai umbre și lumini: cecitate.
2	Acuitate auditivă	Aude bine.	Aude numai vocea puternică sau aude numai cu proteză.	Surditate sau aude sunetele, dar nu înțelege cuvintele.
3	Deficiență de vorbire	Fără	Disfazie, voce de substituție, altele.	Afazie
4	Orientare	Orientat în timp și în spațiu.	Dezorientat în timp	Dezorientat în spațiu și/sau față de alte persoane.
5	Memoria	Fără tulburări de memorie	Prezintă tulburări medii, benigne.	Prezintă tulburări severe, maligne.

Criteriile de încadrare în grade de dependență		Nu necesită supraveghere, ajutor	Necesită supraveghere temporară și/sau parțială.	Necesită supraveghere permanentă și/ sau integral.
EVALUAREA AUTONOMIEI		0	1	2
6	Judecată	Intactă	Diminuată	Grav alterată
7	Coerență	Păstrată în totalitate	Păstrată parțial	Incoerență
8	Comportament	Normal	Prezintă tulburări medii (hipoactiv, hiperactiv etc.)	Prezintă tulburări grave.
9	Tulburări afective (prezența depresiei)	Fără	Depresie medie	Depresie majoră

NOTĂ:

Pentru fiecare activitate evaluată se identifică trei posibilități:

0 - activitate făcută fără ajutor, în mod obișnuit și corect;
- nu necesită supraveghere și ajutor.

1 - activitate făcută cu ajutor parțial și/sau mai puțin corect;
- necesită supraveghere temporară și/sau ajutor parțial.

2 - activitate făcută numai cu ajutor;
- necesită supraveghere permanentă și/sau ajutor integral.

Evaluarea statusului funcțional și psihoafectiv se realizează avându-se în vedere condiția obligatorie de integritate psihică și mentală a persoanei pentru a fi aptă să efectueze activitățile de bază și instrumentale ale vieții de zi cu zi.

VIII. REZULTATELE EVALUARII

A. Nevoile identificate

_____

_____

_____

B. Gradul de dependență:

- gradul IA - persoanele care și-au pierdut autonomia mentală, corporală, locomotorie, socială și pentru care este necesară prezența continuă a personalului de îngrijire;
- gradul IB - persoanele grabatare, lucide sau ale căror funcții mentale nu sunt în totalitate alterate și care necesită supraveghere și îngrijire medicală pentru marea majoritate a activităților vieții curente, noapte și zi.. Aceste persoane nu își pot efectua singure activitățile de bază de zi cu zi;
- gradul IC - persoanele cu tulburări mentale grave (demențe), care și-au conservat, în totalitate sau în mod semnificativ, facultățile locomotorii, precum și unele gesturi cotidiene pe care le efectuează numai stimulate.

Necesită o supraveghere permanentă, îngrijiri destinate tulburărilor de comportament, precum și îngrijiri regulate pentru unele dintre activitățile de igiena corporală;

- gradul IIA - persoanele care și-au conservat autonomia mentală și parțial autonomia locomotorie, dar care necesită ajutor zilnic pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;
- gradul IIB - persoanele care nu se pot mobiliza singure din poziția culcat în picioare, dar care, o dată ridicate, se pot deplasa în interiorul camerei de locuit și necesită ajutor parțial pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;
- gradul IIC - persoanele care nu au probleme locomotorii, dar care trebuie să fie ajutate pentru activitățile de igienă corporală și pentru activitățile instrumentale;
- gradul IIIA - persoanele care se deplasează singure în interiorul locuinței, se alimentează și se îmbracă singure, dar care necesită un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi; în situația în care aceste persoane sunt găzduite într-un cămin pentru persoane vârstnice ele sunt considerate independente;
- gradul IIIB - persoanele care nu și-au pierdut autonomia și pot efectua singure activitățile vieții cotidiene.

IX. SERVICII SOCIALE ŞI SOCIOMEDICALE (DE ÎNGRIJIRE)

_____

_____

X. DORINȚELE PERSOANEI VÂRSTNICE EVALUATE

_____

_____

XI. DORINȚELE ÎNGRIJITORILOR DIN REȚEAUA INFORMALĂ (RUDE, PRIETENI, VECINI)

_____

_____

_____

XII. OFERTA LOCALĂ DE SERVICII poate acoperi următoarele nevoi identificate

_____

_____

_____

XIII. CONCLUZII

(Referiri la gradul de dependență, la locul în care necesită să fie îngrijit - domiciliu sau în instituție, posibilități reale de a realiza îngrijirile, persoanele care efectuează îngrijirile etc.)

_____
_____
_____
_____

PERSOANA EVALUATĂ: _____
SEMNATURA: _____
FAMILIA:
*SOȚ/SOȚIE:*_____ SEMNATURA:_____
FIU/FIICA: _____ SEMNATURA:_____
*REPREZENTANT LEGAL:*_____ SEMNATURA: _____

XIV. ECHIPA DE EVALUARE

- **Medic**

NUMELE:_____PRENUMELE:_____
SPECIALITATEA: _____
UNITATEA LA CARE LUCREAZĂ: _____
ADRESA: _____
TELEFON: _____SEMNĂTURA:_____

- **Asistent social**

NUMELE:_____PRENUMELE:_____
SPECIALITATEA: _____
UNITATEA LA CARE LUCREAZĂ: _____
ADRESA: _____
TELEFON: _____SEMNĂTURA:_____

- **Asistent social**

NUMELE:_____PRENUMELE:_____
SPECIALITATEA: _____
UNITATEA LA CARE LUCREAZĂ: _____
ADRESA: _____
TELEFON: _____SEMNĂTURA:_____

- **Alte persoane din echipa de evaluare:**

_____
_____

Anexa 7[15]

ANALIZA CÂMPULUI DE FORȚE

(+) Forțe pozitive →	(-) Forțe negative ←

[15] Model completat în secțiunea I.4.9.

Anexa 8[16]

MATRICEA CICLULUI DE VIAȚĂ

Membrii familiei	**Vârsta membrilor familiei**									
	0 - 1	2 - 4	5 - 7	8 - 12	13 -17	18 -22	23 -34	35 - 60	61 -75	76-85

Legendă:

X – stadiul de dezvoltare
n – nevoi
r – resurse

[16] Model completat în secțiunea I.4.10.

Anexa 9[17]

PLAN INDIVIDUALIZAT DE ÎNGRIJIRE ŞI ASISTENȚĂ

Data realizării/ revizuirii : _____
Nr. de înregistrare al cazului: _____
A. DATE DESPRE CAZ
1. Numele şi prenumele beneficiarului: _____
2. Data naşterii: _____; Vârsta: _____; CNP: _____
3. Reprezentantul legal şi gradul de rudenie: _____
4. Adresa: _____
5. Motivul întocmirii/ revizuirii planului de servicii:
_____
6. Managerul de caz care asigură coordonarea metodologică a responsabilului de caz: _____
7. Responsabil de caz: _____

B. MEMBRII ECHIPEI ŞI INSTITUȚIA DIN CARE PROVIN:
_____

C.PRESTAȚII

Tipul	Cuantumul/ cantitatea	Autoritatea locală/ Instituția/ ONG	Data începerii	Perioada de acordare

D.SERVICII PENTRU BENEFICIAR

Tipul	Instituția responsabilă	Obiective specifice	Data începerii	Perioada de desfăşurare	Persoana responsabilă

OBSERVAȚII LEGATE DE ÎNDEPLINIREA OBIECTIVELOR:
_____
_____

Responsabil de caz (numele şi prenumele în clar şi semnătura):_____

Membrii echipei (numele şi prenumele în clar şi semnătura):_____
_____

[17] Model completat în secţiunea I.4.11.

Anexa 10[18]

PROGRAMUL ŞI ORARUL ACTIVITĂȚILOR DESFĂŞURATE LA DOMICILIUL BENEFICIARULUI

Activitate	Interval orar	Persoană responsabilă	Perioada desfăşurării (săptămânal)						
			L	M	M	J	V	S	D

Data: _____
Manager caz (numele şi prenumele în clar şi semnătura):_____
Responsabil de caz (numele şi prenumele în clar şi semnătura): _____
Beneficiar (numele şi prenumele în clar şi semnătura):_____

[18] Model completat în secţiunea I.4.9.

Anexa 11[19]

FIȘĂ DE EVIDENȚĂ A ADMINISTRĂRII MEDICAȚIEI *

Luna	Ziua	Da/ Nu*(2)	Medicament	Responsabilul administrării medicației	Semnătura responsabilului
Săpt.1*(1)	Luni				
	Marți				
	Miercuri				
	Joi				
	Vineri				
	Sâmbătă				
	Duminică				

* Fișa de evidență a administrării medicației se întocmește atât pentru beneficiarii care își pot administra singuri medicația cât și pentru cei care necesită asistență în acest sens.

***(1)** Evidența administrării medicației este valabilă pentru fiecare săptămână a lunii**.**

***(2)** Dacă medicamentul este administrat în ziua respectivă, se va haşura căsuța corespunzătoare.

[19] Model completat în secțiunea I.4.13.

Anexa 12[20]

PROGRAM INDIVIDUALIZAT DE RECUPERARE (PIR)

Obiective	Activitați	Perioada de desfășurare	Persoana responsabilă

Data: _____
Manager caz (numele și prenumele în clar și semnătura):_____
Responsabil de caz (numele și prenumele în clar și semnătura):_____

[20] Model completat în secțiunea I.4.14.

Anexa 13[21]

PROGRAM DE INTEGRARE SOCIALĂ

Nr. înregistrare caz: _____
Numele şi prenumele beneficiarului: _____
Responsabil de caz: _____

Activitate(ți)	Instituția responsabilă	Obiective specifice	Data începerii	Perioada de desfăşurare	Persoana responsabilă

Această anexă a fost întocmită în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte, în urma consimțământului beneficiarului.

Data: Semnătură responsabil de caz: Semnătură beneficiar:

_____ _____ _____

[21] Model completat în secţiunea I.4.15.

Anexa 14

RAPORT DE ÎNTREVEDERE/CONVORBIRE TELEFONICĂ

☐ **DE ÎNTREVEDERE** ☐ **DE CONVORBIRE TELEFONICĂ**

Data: _____ **Ora:** _____ Programată – **da / nu**
Locul_____

Persoane prezente / contactate: _____
Scopul: _____

Conținutul întrevederii / convorbirii: _____
_____
_____
_____
_____

Observații:_____
_____
_____
_____

Realizat de: _____

Anexa 15

Nr. _____ /_____

PROCES VERBAL DE DONAȚIE

Încheiat astăzi,_____, între (instituția)_____ cu sediul în _____, Str._____nr. _____ telefon _____, fax:_____, în calitate de donator, reprezentată prin _____, având funcția de_____, și _____, CNP_____ _____, cu domiciliul în _____ _____, în calitate de beneficiar/beneficiari, care au procedat, primul la donarea și al doilea la primirea următoarelor bunuri în valoare totală de _____ conform bon fiscal/factură fiscală nr. _____ din data de _____, furnizor _____

Nr. crt.	Articol	Număr bucăți / seturi	Valoare
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Clauze:

- Aceste produse sunt destinate vârstnicilor în scopul_____
- Beneficiarul/a,_____, nu are voie să înstrăineze materialele primite prin vânzare către terțe părți și se obligă să le folosească doar în scopul menționat mai sus.

Acest Proces verbal a fost întocmit în 2 exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Beneficiar/reprezentant beneficiar: Reprezentant instituție

_____ _____

Anexa 16[22]

DECIZIE DE SISTARE A SERVICIILOR

Prin prezenta, instituția _____ cu sediul în _____, prin _____, în calitate de _____, vă aducem la cunoștință faptul că va fi sistată acordarea de servicii psihosociale pentru beneficiarul _____, nr. de înregistrare al cazului: _____, conform detaliilor următoare:

Data sistării serviciilor: _____

Motivul sistării serviciilor:

_____
_____
_____
_____
_____

Această decizie a fost întocmită în două exeplare, câte una pentru fiecare parte.

Data:	Semnătură responsabil de caz:	Semnătură beneficiar:
_____	_____	_____

[22] Model completat în secțiunea I.4.16.

Anexa 17[23]

FIȘĂ DE ÎNCHIDERE A CAZULUI

Subsemnatul/a, _____, în calitate de_____
propun spre închidere cazul _____, beneficiar de servicii psihosociale pentru persoane vârstnice, în cadrul_____
Clientul a beneficiat de următoarele servicii:

□ A fost sprijinit pe o perioadă de _____ luni, timp în care a primit ajutor financiar constând în _____
□ Consiliere pentru: _____
□ Acompaniere în vederea: _____
□ Intermediere: _____
□ Alte servicii: _____

Cazul este închis din următoarele motive :

□ Atingerea obiectivelor
□ Renunțarea clientului
□ Referirea către servicii similare
□ Necooperarea clientului
□ Schimbarea domiciliului legal al clientului
□ Alte situații: _____

Persoana de contact pentru urmărirea evoluției vârstnicului:_____
Adresa de contact: _____
Tel:_____; Fax:_____; Mobil: _____
E-mail: _____
Data închiderii cazului: _____
Responsabil de caz: _____
Semnătura: _____

Supervizor: _____
Semnătura: _____

[23] Model completat în secțiunea I.4.17.

Anexa 18[24]

FIȘĂ DE MONITORIZARE

Număr de înregistrare al cazului: _____

Nume: _____ **Prenume**: _____

Data începerii asistenței: _____
Data sistării asistenței: _____

Observații referitoare la evoluția cazului: _____
_____
_____
_____
_____
Propuneri: _____
_____
_____
_____

Data: _____

Responsabil caz:_____
Semnătura: _____

[24] Model completat în secțiunea I.4.18.

Anexa 19[25]

CONTRACT DE ASISTENȚĂ PSIHOLOGICĂ

Încheiat între _____ (nume, prenume), în calitate de psiholog, cu activitate în cadrul Asociației Alternative Sociale, și _____ _____ (nume, prenume), în calitate de beneficiar al ședințelor de consiliere/ terapie oferite ca parte a serviciilor psihosociale pentru persoanele vârstnice.

În cadrul acestei anexe se stipulează următoarele:

Considerații privind serviciile psihologice

1. Frecvența ședințelor de consiliere este următoarea:_____

2. Durata ședințelor de consiliere este de: _____

3. Obiectivele stabilite de comun acord pentru ședințele de consiliere sunt următoarele:
   a. _____
   b. _____
   c. _____

Responsabilitățile psihologului în ceea ce privește confidențialitatea

În calitate de psiholog al clientului _____ , mă angajez să respect confidențialitatea tuturor informațiilor la care am acces în timpul ședințelor de consiliere, excepție fiind următoarele situații reglementate de lege:

1. Din cele relatate de client, reiese că viața sa a fost/este/poate fi pusă în pericol;
2. Când însuși clientul a pus/pune/poate pune în pericol viața altor persoane;

Totodată,

3. Unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere pot constitui subiectul unor lucrări cu caracter științific sau sesiuni de comunicare între profesioniști, fără divulgarea identității clientului/ clienților, aceasta rămânând anonimă;
4. Unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere pot fi transmise membrilor echipei multidisciplinare cu scopul bunăstării clientului.

[25] Model completat în secțiunea II.5.1.

Responsabilitățile clientului

În calitate de beneficiar al serviciilor de asistență psihologică, mă angajez să respect următoarele:

- Programul ședințelor de consiliere stabilit în această anexă;
- Să anunț în cazurile în care, din anumite motive, nu pot fi prezent la ședințe;
- Să colaborez cu psihologul în vederea realizării obiectivelor stabilite pentru ședințele de consiliere.

Această anexă a fost întocmită în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte, în urma consimțământului beneficiarului.

Data: _____

Semnătură beneficiar:_____

Semnătură psiholog: _____

Anexa 20[26]

RAPORT DE EVALUARE PSIHOLOGICĂ

Număr de înregistrare al cazului: _____ / _____
Numele beneficiarului: _____
Vârsta: _____
Studii: _____
Evaluare psihologică realizată de: _____
Numărul de întâlniri realizate: _____
Metode de evaluare folosite:

_____
_____
_____

Caracteristici psihomedicale ale vârstnicului
Familia:

_____
_____
_____
_____
_____

Situația materială:

_____
_____
_____

Starea de sănătate:

_____
_____
_____
_____

Relațiile sociale:

_____
_____
_____
_____

Caracteristici comportamentale:

_____
_____
_____
_____
_____

[26] Model completat în secțiunea II.5.2.

Evaluarea funcțiilor cognitiv-intelectuale:

_____
_____
_____
_____

Evaluarea dimensiunii afective a vârstnicului: _____

_____
_____
_____

Aspecte ale profilului psihologic: _____

_____
_____
_____

Modalități de raportare la problemele vârstei a treia: _____

_____
_____
_____

Recomandări:

_____
_____
_____
_____

Data întocmirii raportului:

_____

Semnătura psihologului:

_____

Anexa 21[27]

RAPORT DE ÎNTREVEDERE PENTRU CONSILIERE PSIHOLOGICĂ

Nr. de înregistrare al cazului: _____/_____
Numele beneficiarului: _____

Persoane prezente: _____

Data: _____
Locul desfășurării ședinței: _____

Obiectiv/ Tema de consiliere abordată:

_____
_____
_____
_____

Metode și tehnici utilizate:

_____
_____
_____
_____

Observații și recomandări:

_____
_____
_____
_____

Psiholog,

_____

[27] Model completat în secțiunea II.5.3.

Anexa 22[28]

FIȘĂ INDIVIDUALĂ DE CONSILIERE

Număr de înregistrare al cazului: _____/_____
Numele clientului: _____

Desfășurarea ședinței. Repere principale	Tehnici, metode și instrumente utilizate în consiliere	Observații	Data

[28] Model completat în secțiunea II.5.4.

ISBN: 978-973-1888-67-5

METODOLOGIE DE ASISTENȚĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

ASOCIAŢIA ALTERNATIVE SOCIALE

Şos. Nicolina nr.24, bl. 949, parter
Iaşi, jud. Iaşi, cod poştal 700722,România
Tel: +40 332 407 178
Fax: +40 332 407 179

Str. Cuza Vodă nr.8, sc. B, demisol
Iaşi, jud. Iaşi, cod poştal 700036, România
Tel: +40 332 405 476
Fax: +40 332 405 477

E-mail: office@alternativesociale.ro
www.alternativesociale.ro
www.antitrafic.ro
www.singuracasa.ro

Asociația Alternative Sociale • 2011

Material realizat cu sprijinul

UniCredit Foundation